

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.S G1P0010
DENGAN PENINGKATAN BERAT BADAN BERLEBIHAN (> 16 Kg)
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATU AMPAR
KOTA BALIKPAPAN**



Oleh

YOANY AGUSTIN PRAMUDHITA

NIM : PO 7224114039

Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III kebidanan

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN**

TAHUN 2017

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.S G1P0010
DENGAN PENINGKATAN BERAT BADAN BERLEBIHAN (>16 Kg)
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATU AMPAR
BALIKPAPAN
2017**

**YOANY AGUSTIN PRAMUDHITA
NIM. PO7224114039**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Jurusan Kebidanan
Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada tanggal 7 Juli 2017

Penguji Utama,

Faridah Haryani, M.Keb

NIP.198005132002122001

(.....)

Penguji I

Dr. Hj. Nina Mardiana S.pd M.kes

NIP. 196109251982032001

(.....)

Penguji II

Ita Kusumayanti, S.ST

NIP. 197110261992032001

(.....)

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan
Balikpapan

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Kebidanan

Sonya Yulia.S, S.Pd.,M.Kes

Eli Rahmawati, S.SiT M.Kes

NIP. 195507131974022001

NIP. 197403201993032001

HALAMAN PERSEMBAHAN

“Kehidupan dapat diibaratkan layaknya revisian Laporan Tugas Akhir, ada beberapa hal yang harus diubah maupun dikurangi dan ada beberapa hal yang harus ditambahkan. Percaya dan yakinlah lakukan dengan doa dan usaha maka apa yang kamu kerjakan tidak akan sia-sia”

Persembahan

Yang Paling Utama Dari Segalanya

Alhamdulillahirobbil'alamin.. segala puji untuk ALLAH SWT yang telah memberikan keberkahan serta kelancaran dalam penyusunan karya kecil ini. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada junjungan kita semua Nabi Besar Muhammad SAW beserta pengikutnya hingga akhir zaman.

Ya ALLAH, karena mu kesulitan itu sirna. Karena mu kemudahan itu tiba. Karna mu tugas akhir ini dapat terselesaikan. Semoga engkau senantiasa meneguhkan iman ku, meluruskan niat ku, menundukan kepala ku hanya kepada engkau

Sang Penguasa Semesta.

Kupersembahkan karya kecil sederhana ini kepada orang yang sangat
kusayangi yaitu

Mama & Papa Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga,
kupersembahkan karya kecil ini kepada Mama & Papa tercinta yang tak kenal
lelah dan bosan untuk memberikan kasih sayang, memberikan segala semangat
dan dukungan, cinta kasih tiada terhingga yang tidak mungkin dapat kubalas
hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan.
Terima kasih atas segalanya, terima kasih atas segala pengorbanan yang telah
diberikan baik fisik maupun materi kepada putri kecil kalian dulu sampai
menjadi wanita dewasa seperti sekarang ini, wanita yang Insha Allah akan
menjadi orang yang berguna bagi semua orang, menolong orang-orang yang
membutuhkan dengan ikhlas tanpa pamrih dan penuh kesabaran, seperti apa
yang kalian harapkan sebelumnya. Terima kasih untuk kalian, sosok yang
pertama dari tujuan hidupku yang selalu membangkitkanku disaat terpuruk dari
hidupku. Terima kasih tuhan telah kau berikan kepadaku malaikatMu, terima
kasih telah kau lahirkan aku dari rahimnya.

Adik Tole Ku Sayang

Untuk satu-satunya Adik ku yang tersayang, tiada yang paling mengharukan saat
kumpul bersama walaupun sering bertengkar tapi hal itu selalu menjadi warna

yang tak akan bisa tergantikan, terima kasih atas doa, dukungan dan bantuannya selama ini jagoan mudaku.

Sahabatku Terkasih

Untuk sahabatlu terkasih, Nurattini Wafitaningsih, Lufi Sujati dan Kadek Agustina

Puspa Ningrum, terima kasih atas segala dukungan dan semangat yang telah kalian berikan untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih telah bersedia meluangkan waktu untuk bercanda gurau dan menghabiskan waktu-waktu kosong yang tak berguna dahulu kala bersama-sama. Terima kasih atas segala pelajaran hidup yang kita pelajari bersama, semoga kita semua menjadi orang yang sukses dimasa depan, dan menjadi panutan untuk anak-anak kita nantinya.

Abang Ku Tersayang

Terima kasih banyak kusampaikan untuk abangku tersayang Regi Wisnu Pradana,

Amd.Kep.,CWCCA. Seorang lelaki yang menjengkelkan namun selalu membuatku merasa nyaman, seseorang yang sudah mendapat gelar perawat luka dan harus dicantumkan di nama belakangnya, seseorang yang telah memberikan semangat dan dukungan baik bathin maupun fisik, seseorang yang telah memberi warna dalam hidupku selama masa perkuliahan, seseorang yang tak kenal lelah untuk selalu menemaniku saat sedih maupun senang. Terima kasih atas segala kesetia'annya, terima kasih atas segala dukungan, seluruh

pengorbanan dan waktu yang telah diberikan serta semangat tiada akhir untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Terima kasih abangku sayang.

Dosen Pembimbingku

Ibu Dr.Hj Nina Mardiana S.pd, M.Kes dan Ibu Ita Kusumayanti, S.ST selaku dosen pembimbing tugas akhirku, terima kasih ibu atas bimbingan serta nasehat yang tiada hentinya ibu berikan. Saya tidak akan lupa segala jasa dan limpahan kesabaran ibu dalam membimbing saya selama ini dan saya bangga pernah dibimbing oleh ibu.

Seluruh Dosen Pengajar dan staff di Poltekkes Kemenkes Kaltim

Terima kasih banyak untuk semua ilmu, didikan, bimbingan serta pengalaman berharga yang telah kalian berikan kepada saya.

Teman-teman seperjuangan ku

Teruntuk kepada wanita-wanita hebatku calon bidan. Salam hangat untuk kalian atas kebersamaan saat menimba ilmu selama tiga tahun, terima kasih untuk segala suka maupun duka dari kalian aku banyak belajar tentang arti hidup.

Buat Pasien Study Kasus

Tidak lupa ucapan terima kasih kepada keluarga Tn. F dan Ny. S yang bersedia untuk menjadi pasien dalam pelaksanaan tugas akhir saya. Tanpa kerja sama dari kalian tugas akhir ini tidak akan terselesaikan. Terima kasih telah percaya kepada saya dan terima kasih atas waktu yang telah diluangkan selama pelaksanaan, semoga adik Arkan menjadi anak yang sholeh dan patuh kepada kedua orang tua dan semoga hubungan silaturahmi ini selalu terjaga. Amin.

Terima kasih untuk semuanya yang mungkin tidak bisa saya sebutkan satu persatu dalam lembar persembahan ini, terima kasih atas motivasi dan kerjasamanya, karena berkat motivasi dan kerjasamanya saya dapat menyelesaikan karya kecil ini dengan tepat waktu.

“Karya kecil untuk mereka yang kusayang dan kucintai”

Salam hangat penuh kasih sayang

Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yoany Agustin Pramudhita

Tempat, Tanggal Lahir : Grobogan, 7 Agustus 1996

Agama : Islam

Alamat : Jl. Kesehatan RT.19 RW.04 No.67 Loa Duri Ilir, Kec.
Loa Janan, Kab. Kutai Kartanegara

Riwayat Pendidikan :

- TK Idhata Kec. Karang Rayung, Kab. Grobogan, Jawa Tengah. Lulus Tahun 2002
- SD Negeri 012 Loa Janan, Kutai Kartanegara. Lulus Tahun 2008
- SMP Negeri 1 Loa Janan, Kutai Kartanegara Lulus Tahun 2011
- SMA Negeri 3 Unggulan Tenggarong, Kutai Kartanegara. Lulus Tahun 2014
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2014 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “S” G2P0010 Hamil 36 minggu 5 hari dengan Peningkatan Berat Badan Berlebihan (>16Kg) di Kelurahan Batu Ampar Balikpapan Tahun 2017 dengan baik dan lancar. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Penulisan proposal laporan tugas akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak dan dalam kesempatan ini tidak lupa penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. H. Lamri, M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
4. Faridah Hariyani, M.Keb selaku Penguji Utama yang senantiasa memberikan saran penulis untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes selaku Pembimbing dosen I yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan proposal laporan tugas akhir ini.

6. Ita Kusumayanti, SST selaku pembimbing dosen II yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan proposal laporan tugas akhir ini
7. Tersayang Ayahanda Wardojo dan keluarga yang telah memberi semangat, doa, dan dukungan materi dan spiritualnya sehingga proposal laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu.
8. Ny. "S" dan keluarga yang telah bersedia untuk menjadi subjek studi kasus saya dalam proposal laporan tugas akhir ini.
9. Serta semua pihak yang telah membantu penulis, yang tidak dapat diucapkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan, karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan yang akan datang.

Penulis mengucapkan terima kasih atas dukungan dan partisipasi berbagai pihak serta memohon maaf atas segala kekurangan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga laporan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis maupun bagi semua pihak yang membaca.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Balikpapan, 7 Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR BAGAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan	
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat	
1. Manfaat Teoritis	8

2. Manfaat Praktis	8
E. Ruang Lingkup.....	9
F. Sistematika Penulisan	9

BAB II LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan

1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	11
-------------------------------------------	----

B. Asuhan Kebidanan Komprehensif.....

C. Konsep Dasar Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan	15
b. Perubahan Fisiologi pada Ibu Hamil Trimester III	15
c. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil	18
d. Ante Natal Care.....	26
e. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III	29
f. Tanda Bahaya Kehamilan	36

2. Obesitas

a. Pengertian Obesitas	36
b. Etiologi.....	36
c. Dampak Obesitas	38
d. Pencegahan Obesitas	39
e. Diet Ibu Hamil dengan Obesitas	40
f. Prinsip Diet Ibu Hamil dengan Obesitas	41

3. Pre Eklamsi	
g. Definisi	43
h. Klasifikasi	43
i. Etiologi.....	45
j. Patofisiologi	46
k. Tanda dan Gejala.....	47
l. Faktor Resiko	53
m. Komplikasi	53
n. Penatalaksanaan	56
4. Anemia	
a. Definisi.....	60
b. Anemia fisiologi dalam kehamilan	61
c. Patofisiologi Anemia	61
d. Diagnosa Anemia dalam Kehamilan	63
e. Penyebab Anemia	64
f. Pengaruh Anemia pada Kehamilan dan Persalinan	64
g. Edukasi Ibu Hamil dengan Anemia	65
5. Persalinan	
a. Pengertian	66
b. Faktor penyebab persalinan	66
c. Tanda - tanda Persalinan.....	68
d. Tahapan Persalinan	69
e. Mekanisme Persalinan.....	72

f. Asuhan Persalinan Normal	75
g. Seksio Caesaria.....	81
h. Partograf	82
6. Bayi Baru Lahir	
a. Pengertian	84
b. Penilaian BBL.....	84
c. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal	85
7. Masa Nifas	
a. Pengertian	86
b. Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	86
c. Tahapan Masa Nifas	86
d. Frekuensi waktu dan kunjungan	87
e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	88
f. Perubahan Psikologis Masa Nifas.....	91
g. Asuhan Bidan ada Ibu Nifas	93
h. Managemen Laktasi	94
8. Neonatus	
a. Pengertian	98
b. Pelayanan Kesehatan Neonatus	98
c. Tanda-Tanda bahaya Neonatus.....	99
d. Infeksi Tali Pusat	100
9. Pelayanan Keluarga Berencana	
a. Pengertian Keluarga Berencana	103

b. Pengertian Kontrasepsi.....	104
c. Asuhan Bidan Pada Calon Akseptor KB	104
d. Macam-macam kontrasepsi.....	105

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus	122
B. Kerangka Kerja Studi Kasus	123
C. Subjek Studi Kasus.....	124
D. Pengumpulan Dan Analisa Data	
1. Pengumpulan Data.....	124
2. Analisa Data.....	125
E. Etika Studi Kasus	126

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care.....	128
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care	166
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	167
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care.....	173
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus.....	183
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi	192

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan	
1. Kehamilan	195
2. Persalinan	205

3. Bayi Baru Lahir.....	206
4. Nifas	208
5. Kunjungan Neonatus.....	213
6. Pelayanan Kontasepsi	217

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	219
B. Saran	222

DAFTAR PUSTAKA	224
-----------------------------	------------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan.....	16
2.2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan (IMT)	20
2.3 Kecukupan Gizi Ibu Hamil	21
2.4 Kebutuhan Zat Besi pada Kehamilan.....	22
2.5 Jadwal Pemberian Imunisasi TT	25
2.6 Usia Kehamilan berdasarkan TFU	27
2.7 Usia Kehamilan berdasarkan Mc Donald	28
2.8 Tafsiran Berat Janin sesuai Usia Kehamilan.....	28
2.9 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil.....	35
2.10 Nilai batas anemia pada perempuan	64
2.11 Frekuensi minimal penilaian dalam persalinan normal	76
2.12 Tinggi Fundus Uteri dan berat Uterus	88
4.1 Tabel Riwayat Persalinan Yang Lalu.....	132
4.2 Tabel Intervensi Kunjungan ANC I	153
4.3 Pola Fungsional Kesehatan ANC K I.....	156
4.4 Tabel Intervensi Kunjungan ANC II.....	158
4.5 Pola Fungsional Kesehatan ANC K III	163
4.6 Tabel Intervensi Kunjungan ANC III.....	165
4.7 Tabel APGAR Skor Bayi Ny. S	168
4.8 Tabel Pola Fungsional Kesehatan Bayi.....	169
4.9 Intervensi Asuhan BBL	173
4.10 Tabel Pola Fungsional Ibu Nifas K I.....	175

4.11 Tabel Intervensi Asuhan PNC I.....	176
4.12 Tabel Pola Fungsional PNC K II.....	179
4.13 Tabel Intervensi PNC K II.....	179
4.14 Tabel Pola Fungsional PNC K III	182
4.15 Tabel Intervensi PNC K III	183
4.16 Tabel Pola Fungsional Neonatus K I.....	185
4.17 Tabel Intervensi Neonatus K I	186
4.18 Tabel Pola Fungsional Neonatus K II	187
4.19 Tabel Intervensi Neonatus K II	188
4.20 Tabel Pola Fungsional Neonatus K III	189
4.21 Tabel Intervensi Kunjungan Neonatus K III	189
4.22 Pola Fungsional Neonatus K IV	191
4.23 Tabel Intervensi Neonatus K IV	191
4.24 Tabel Pola Fungsional Asuhan KB	192
4.25 Tabel Intervensi Asuhan KB	194

DAFTAR BAGAN

3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus	114
--------------------------------------	-----

DAFTAR SINGKATAN

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

AKI : Angka Kematian Ibu

AKB : Angka Kematian Bayi

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

ANC : Antenatal Care

AS : Apgar Score

ASI : Air Susu Ibu

BAK : Buang Air Kecil

BAB : Buang Air Besar

BB : Berat Badan

BBLR : Berat Badan Lahir Rendah

DJJ : Denyut Jantung Janin

DMPA : Depo Medroxy Progesteron Asetat

DTT : Desinfeksi Tingkat Tinggi

FSH : Folikel Stimulating Hormone

GFR : Glomerular Filtration Rate

HB : Hemoglobin

HIV : Human Immunodeficiency Virus

IMD : Inisiasi Menyusui Dini

IMT : Indeks Masa Tubuh

INC : Intranatal Care

KB : Keluarga Berencana

KBA : Keluarga Berencana Alamiah

KIA : Kesehatan Ibu dan Anak

KPD : Ketuban Pecah Dini

KU : Keadaan Umum

LD : Lingkar Dada

LK : Lingkar Kepala

LILA : Lingkar Lengan Atas

MSG : Monosodium Glutamat

PAP : Pintu Atas Panggul

PB : Panjang Badan

PNC : Post Natal Care

PP: Post Partum

SC : Seksio Caesaria

TB : Tinggi Badan

TBC : Tuberculosis

TBJ : Tafsiran Berat Janin

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TM : Trimester

TP: Tafsiran Persalinan

TT : Tetanus Toxoid

TTV : Tanda-tanda Vital

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

DAFTAR LAMPIRAN

- 1 Lembar informasi kepada subjek penelitian
- 2 Surat persetujuan setelah penjelasan
- 3 Lembar konsultasi LTA atau perbaikan proposal laporan tugas akhir
- 4 SOAP Intra Natal Care (Pasien Pengganti)
- 5 Daftar Hadir Ujian Proposal
- 6 Lembar partograf
- 7 SAK Anemia Dalam Kehamilan
- 8 SAK ASI Eksklusif
9. SAK Imunisasi Dasar

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah (normal), dan bukan proses patologis, tetapi kondisi normal dapat menjadi patologi/abnormal. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal merupakan salah satu unsur kesehatan. Derajat kesehatan yang optimal akan dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya seperti morbiditas dan status gizi. Kualitas hidup yang digunakan sebagai indikator adalah angka kelahiran hidup, sedangkan untuk mortalitas adalah angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan 2012).

Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak, yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI 2016)

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan

kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Kematian Ibu menurut definisi WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (Kemenkes RI 2014)

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI 2016)

Penyebab kematian ibu yang paling umum di Indonesia adalah penyebab obstetri langsung yaitu perdarahan 28%, preeklamsia-eklamsia 24%, infeksi 11%, sedangkan penyebab tidak langsung adalah trauma obstetri 5% dan lain-lain 11% (WHO, 2007). Preeklamsia merupakan hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria (Prawirohardjo, 2009).

Kira-kira 85% preeklamsia terjadi pada kehamilan pertama. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari kejadian preeklamsia dan risiko meningkat lagi pada grandemultigravida (Bobak, 2005). Selain itu primitua,

lama perkawinan 4 tahun juga dapat berisiko tinggi timbul preeklamsia (Rochjati, 2003).

Obesitas adalah adanya penimbunan lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Obesitas merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, biasanya disertai kelebihan lemak dan protein hewani, kelebihan gula dan garam yang kelak bisa merupakan faktor risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, reumatik dan berbagai jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain (Cunningham, 2006).

Penyebab terjadinya preeklamsia sampai saat ini belum diketahui, tetapi beberapa penelitian menyimpulkan sejumlah faktor yang mempengaruhi terjadinya preeklamsia salah satunya yaitu kegemukan / obesitas selama kehamilan (Kurnia, 2013). Obesitas kehamilan adalah kenaikan berat badan pada ibu hamil melebihi 12-16 kg berat badan normal (Detiana, 2010). Obesitas kehamilan merupakan ancaman yang cukup serius, kemungkinan akan mengalami masalah ketika persalinan dan pasca persalinan (Siswono, 2007). Obesitas selama kehamilan berdampak buruk bagi kesehatan terutama pada ibu hamil, dimana dapat menyebabkan hipertensi, hyperkolesterol, hyperglikemia yang dikenal dengan (3H). Hipertensi pada kehamilan membuat janin meninggal, plasenta terputus, *Intra Uterine Grow Retardation* (IUGR), *Intra Uterine Fetal Dead* (IUFD), dan abortus (Sarwono, 2006).

Pada ibu hamil yang mengalami obesitas dapat berisiko mengalami hipertensi yang mengakibatkan hipoksia plasenta yang terjadi karena

berkurangnya aliran darah dalam arteri spiralis. Hal ini terjadi karena kegagalan invasi sel tropoblast pada dinding arteri spiralis pada awal kehamilan dan awal trimester kedua kehamilan sehingga arteri spiralis tidak dapat melebar dengan sempurna dengan akibat penurunan aliran darah dalam ruangan intervulus diplasenta sehingga terjadilah hipoksia plasenta (Jaffe dkk 1995 dalam Al-Farozy, 2008).(Yudianti et al. 2006)

Oksidatif stress pada tahap berikutnya bersama dengan zat toksis yang beredar dapat merangsang terjadinya kerusakan pada sel endotel pembuluh darah yang disebut disfungsi endotel yang dapat terjadi pada seluruh permukaan endotel pembuluh darah pada organ-organ penderita preeklamsia. Pada disfungsi endotel terjadi ketidakseimbangan produksi zat-zat yang bertindak sebagai vasodilator seperti prostasiklin dan nitrat oksida, dibandingkan dengan vasokonstriktor seperti endothelium I, trombosan, dan angiotensin II sehingga akan terjadi vasokonstriksi yang luas dan terjadilah hipertensi (Utara 2006)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Puspitasari (2008) di RSUP Dokter Kariadi Semarang, menyebutkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia yaitu ibu riwayat hipertensi, obesitas, paritas dan umur saat hamil. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kenaikan berat badan lebih (obesitas) merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya preeklamsia-eklamsia.(Yudianti et al. 2006)

Untuk menurunkan AKI maka pelayanan ANC mempunyai peranan yang sangat penting, agar dapat dilakukan deteksi dan tata laksana dini

komplikasi yang timbul pada saat kehamilan maupun saat persalinan nantinya. Begitu pula cakupan kunjungan nifas, apabila jumlah cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak sama dengan cakupan kunjungan masa nifas, kemungkinan terjadi komplikasi di masa nifas atau masa nifas tidak terkontrol dan menyebabkan resiko terjadinya kematian ibu semakin besar (Kemenkes RI 2014)

Sedangkan sebagian besar kematian anak di Indonesia saat ini terjadi pada masa baru lahir (neonatal), bulan pertama kehidupan. Kemungkinan anak meninggal dalam usia yang berbeda adalah 19 per 1000 selama masa neonatal, 15 per 1000 dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per 1000 dari usia 1 sampai 5 tahun (Unicef,2012). Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak yaitu asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi (Riskesdas, 2007 dikutip dalam Kemenkes RI, 2015).

Pada saat kunjungan rumah diharapkan pelayanan kesehatan yang patut dilaksanakan bidan adalah meningkatkan upaya pengawasan ibu hamil, meningkatkan pengawasan persalinan, meningkatkan pengawasan postpartum, meningkatkan pendidikan perawatan neonatus, meningkatkan penerimaan gerakan KB. Dengan gerakan program keluarga berencana, diharapkan kesejahteraan makin cepat tercapai. Pembangunan bangsa Indonesia berorientasi dalam pelaksanaan gerakan keluarga berencana yang diberikan oleh petugas kesehatan dalam memberikan KIE dan motivasi serta memberikan pelayanan dan pemeriksaan peserta KB (Manuba Ida Ayu, 2012).

Selain memberikan pelayanan dan pemeriksaan bidan memiliki peran dalam menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan seperti memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan normal dengan melibatkan klien/keluarga, memberikan asuhan kebidanan kepada bayi baru lahir, memberikan asuhan kebidanan kepada ibu dalam masa nifas, memberikan asuhan kebidanan kepada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana. Bidan juga mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi serta mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan rujukan (Manuba Ida Ayu, 2012).

Jumlah AKI di Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2015 menunjukkan penurunan menjadi 100 kasus kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu yang dilaporkan tertinggi pada Kabupaten Kutai Kertanegara sebesar 29 kasus kematian ibu, Samarinda sebanyak 14 kasus kematian dan Kutai Timur sebanyak 12 kasus kematian ibu (Timur 2016)

AKI di Balikpapan pada tahun 2015 mengalami penurunan dengan jumlah 9 kasus atau (72/100.000 KH) dan sudah sesuai dengan target Nasional (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2015)

Berdasarkan dari data yang tertera diatas, obesitas dalam kehamilan merupakan salah satu dampak yang dapat menyebabkan kematian maternal

apabila tidak segera ditangani dengan serius sesuai dengan Standar Pelayanan Kebidanan. Maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny”S” G₂P₀₀₁₀ Hamil 36 minggu 5 hari dengan Peningkatan Berat Badan berlebihan (>16 Kg) dari normal.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam asuhan kebidanan ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “S” G₂P₀₀₁₀ Hamil 36 minggu 5 hari dengan Berat Badan berlebihan (>16 Kg) sampai dengan persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonates, pelayanan kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan di Kelurahan Batu Ampar Kota Balikpapan Tahun 2017 ”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswi mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. “S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Ampar pada masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu memberikan asuhan kehamilan secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah,

merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP terhadap Ny.S dengan Berat Badan Berlebihan (>16Kg) di Wilayah kerja Puskesmas Batu Ampar, Kota Balikpapan.

- b. Mampu memberikan asuhan persalinan secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah, merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP.
- c. Mampu memberikan asuhan Bayi Baru Lahir (BBL) secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah, merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP.
- d. Mampu memberikan asuhan masa nifas secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah, merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP.
- e. Mampu memberikan asuhan Neonatus secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah, merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP
- f. Mampu memberikan asuhan pelayanan kontrasepsi secara komprehensif yakni pengkajian, interpretasi data, penegakan diagnosa atau masalah, merencanakan asuhan, intervensi dan evaluasi serta pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

- a) Dengan adanya asuhan kebidanan pada Ibu hamil dengan masalah Flour Albus secara komprehensif maka kondisi ibu dan bayi akan terpantau dengan baik sehingga masalah dapat teratasi dan mendeteksi dini adanya komplikasi-komplikasi lainnya.

2. Manfaat Praktis

- a) Bagi institusi Politeknik Kesehatan Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.
- b) Bagi puskesmas wilayah kerja setempat dapat membantu untuk kelancaran program kerja pada bagian KIA puskesmas
- c) Bagi klien akan mendapatkan pengetahuan dan mendapatkan asuhan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak
- d) Bagi peneliti dapat mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan mampu memberikan solusi setiap permasalahan yang dialami klien
- e) Bagi peneliti lainnya dapat menjadi bahan referensi dalam membuat karya tulis ilmiah.

E. Ruang Lingkup Pengambilan Kasus

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian studi kasus *continuity of care* yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny.S G₂P₀₀₁₀ Hamil 36 minggu 5 hari dengan Berat Badan berlebihan (>16 Kg) di wilayah kerja puskesmas Batu Ampar pada masa kehamilan.

F. Sistematika Penulisan

Adapun pada penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari bagian awal yang terdiri dari halaman sampul, halaman judul, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran.

1. BAB I Pendahuluan

Berisikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup dan sistematika penulisan.

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Berisikan tentang teori yang menunjang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan Keluarga Berencana (KB).

3. BAB III Subjek Dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Berisikan tentang jenis karangan ilmiah, lokasi dan waktu, subjek kasus, teknik pengumpulan dan analisa data, instrument penelitian, kerangka kerja dan etika penelitian.

4. BAB IV Tinjauan Kasus

Berisikan tentang kasus yang dibuat menjadi SOAP kehamilan.

5. BAB V Pembahasan

Berisikan tentang teori apakah terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dari asuhan kehamilan.

6. BAB VI Penutup

Berisikan tentang kesimpulan dan saran dari penulis dari asuhan kehamilan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan

1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu:

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Tahap ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal

yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah V : Penyusunan Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke VI ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan dilangkah ke V dilaksanakan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S : menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.

O : menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang

dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

A : menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney.

P : menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan *assessment* sebagai langkah V, VI, dan VII Varney.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir.

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkannya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu,

serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

C. Konsep Dasar Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahir bayinya kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Saifuddin, 2010).

b. Perubahan Fisiologi pada Kehamilan Trimester III (Kusmiyati et al, 2009)

1) Sistem Reproduksi

Pada trimester III istmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).Setelah minggu ke 28 kontraksi *braxton hicks*semakin jelas, terutama pada wanita yang langsing. Umumnya akan menghilang bila wanita tersebut melakukan aktifitas fisik atau berjalan. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan kontraksi

semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan.

2) Sistem traktus urinarius

Karena turunya kepala pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh (Manuaba, 2010). Selain itu juga terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar

3) Sistem respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.

4) Kenaikan berat badan

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg.

Tabel 2.1
Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan

Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan	
Janin	3- 3,5 kg
Plasenta	0,5 kg
Air ketuban	1 kg
Rahim sekitar	1 kg
Timbunan lemak	1,5 kg
Timbunan protein	2 kg
Retensi air garam	1,5 kg

Sumber : Manuaba, 2012

Standar kenaikan berat selama hamil menurut (Saryono, 2009) adalah sebagai berikut :

- a) Kenaikan berat badan trimester 1 kurang lebih 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu
- b) Kenaikan berat badan trimester 2 adalah 3 kg atau 0,3 per minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu
- c) Kenaikan berat badan trimester 3 adalah 6 kg atau 0,3 sampai 0,5 kg per minggu. Sekitar 60% dan kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg

5) Sirkulasi darah

Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu 30-32 minggu karena setelah 34 minggu massa RBC terus menerus meningkat tapi volume plasma tidak. Peningkatan RBC menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita dengan hamil lanjut mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayi.

6) Sistem musculoskeletal

Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*realign*) kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan. *Kurva lumbo sakrum* normal harus semakin melengkung dan di daerah servikodorsal harus memebentuk kurvatura (fleksi anterior kepala berlebihan) untuk memepertahankan keseimbangan.

c. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat. Kehamilan menyebabkan hiperventilasi, dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

2) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).

a) Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal.

Pada ibu hamil yang mengalami obesitas dapat beresiko mengalami hipertensi yang mengakibatkan hipoksia plasenta yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dalam arteri spiralis. Hal ini terjadi karena kegagalan invasi sel tropoblast pada dinding arteri spiralis pada awal kehamilan dan awal trimester kedua kehamilan sehingga arteri spiralis tidak dapat melebar dengan sempurna dengan akibat penurunan aliran darah dalam ruangan intervulus diplasenta sehingga terjadilah hipoksia plasenta (Jaffe dkk 1995 dalam Al-Farozzy, 2008). (Yudianti, Sundari, & Pratiwi, 2006)

Hipoksia plasenta yang berkelanjutan ini akan membebaskan zat-zat toksik seperti sitokin, radikal bebas dalam bentuk lipid peroksidase dalam sirkulasi darah ibu, dan akan menyebabkan terjadinya oksidatif stress yaitu suatu keadaan dimana radikal bebas jumlahnya berlebih dibandingkan antioksidan (Robert 2004 dalam Al-Farozzy, 2008). (Yudianti, Sundari, & Pratiwi, 2006)

Oksidatif stress pada tahap berikutnya bersama dengan zat toksik yang beredar dapat merangsang

terjadinya kerusakan pada sel endotel pembuluh darah yang disebut disfungsi endotel yang dapat terjadi pada seluruh permukaan endotel pembuluh darah pada organ-organ penderita preeklamsia. Pada disfungsi endotel terjadi ketidakseimbangan produksi zat-zat yang bertindak sebagai vasodilator seperti prostasiklin dan nitrat oksida, dibandingkan dengan vasokonstriktor seperti endothelium I, trombosan, dan angiotensin II sehingga akan terjadi vasokonstriksi yang luas dan terjadilah hipertensi (Utara, 2006)

b) Protein

Protein dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, uterus, placenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll). Selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30gr/hari, yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

Tabel 2.2
Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan
berdasarkan indeks massa tubuh

ategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	7
Gemeli		16-20,5

Prawirohardjo, 2009)

Tabel 2.3
kecukupan gizi wanita hamil Widya Karya Pangan
Dan Gizi

Zat gizi	Kebutuhan penambahan untuk wanita hamil	Contoh jenis makanan
Energi	285 kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang, tepung dll
Protein	12 gram	Daging, ikan telur, ayam, kacang-kacangan, tahu, tempe
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau, kacang-kacang kering
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang
Niasin	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan
Vitamin C	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Zat besi	30 mg	Daging, hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun papaya, daun katuk

(Kusmiyati,2009)

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglikonat perhari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 gram per hari.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

3) Zat Besi (Fe)

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang (trimester II), satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.4
kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan

Meningkatkan sel darah ibu	500 mgr Fe
Terdapat dalam plasenta	300 mgr Fe
Untuk darah janin	100 mgr Fe
Jumlah Fe	900 mgr Fe

(Manuaba, 2012)

4) Asam Folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mg perhari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil. Asam folat telah

terkandung di dalam tablet Fe, 1 tablet mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 mg. Sehingga dengan mengkonsumsi tablet Fe diharapkan kebutuhan ibu hamil akan asam folat dapat terpenuhi (Saifuddin, 2010).

5) Air

Air diperlukan tetapi sering dilupakan pada saat pengkajian. Air untuk membantu system pencernaan makanan dan membantu proses transportasi

6) Personal Hygiene

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal sehari dua kali sangat dianjurkan.

Pakaian hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil:

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat didaerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak rendah.
- e) Pakaian dalam harus selalu bersih.

7) Eliminasi

Dianjurkan minum 8-12 gelas cairan setiap hari agar produksi air kemihnya cukup dan jangan sengaja mengurangi minum untuk menjarangkan berkemih. Ia harus selalu berkemih sebelum berangkat tidur di malam hari. Bakteri bisa masuk sewaktu melakukan hubungan seksual. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemihnya.

8. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus /partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka.

9. Mobilisasi

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting. Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh

karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek yang baik, postur tegak harus diperhatikan.

10. Exercise/Senam Hamil

Senam hamil di mulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil di tujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia).

11. Imunisasi

Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya.

Tabel 2.5
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	Durasi Perlindungan
TT1	Selama kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun (seumur hidup)

Sumber :Suryati Romauli, 2011

12. Memantau Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin dilakukan selama 24 jam.

Normalnya pergerakan janin dalam 24 jam adalah 10 kali.

d. Ante Natal Care (ANC)

Pelayanan antenatal (*ante natal care*) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (Kemenkes RI, 2010).

Ante Natal Care merupakan cara penting untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Saifuddin, 2010).

Dalam Depkes RI 2009, pada pedoman pelayanan ANC terpadu disebutkan standar minimal Pelayanan ANC adalah “10 T” yang sesuai dengan kebutuhan pasien dalam kasus, yaitu :

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Ukur berat badan dalam kg tiap kali kunjungan, kenaikan berat badan normal ibu hamil yaitu 0,5 Kg per minggu dimulai dari trimester II.

2) Pemeriksaan tekanan darah

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Test laboratorium (rutin dan khusus)
- 9) Tatalaksana kasus
- 10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan
Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada trimester I(sebelum usia 14 minggu), 1 kali pada trimester II(usia kehamilan 14-28 minggu) dan 2 kali pada trimester III(usia kehamilan 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu) (Manuaba, 2012).

Tabel 2.6

Usia kehamilan berdasarkan tinggu fundus uteri

UK	TFU (jari)	TFU (cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisis	-
16 minggu	½ di atas simfisis-pusat	-
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	2-3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	Pertengahan pusat – PX	30 cm
36 minggu	setinggi PX	33 cm
40 minggu	2-3 jari dibawah px (janin mulai memasuki panggul)	30 cm

(Sumber : Manuba Ida Ayu, 2012)

Tabel 2.7
Usia Kehamilan Berdasarkan Mcdonald

TFU	Umur Kehamilan
24 – 25 cm diatas simp	24 – 25 mgg
26.7 cm diatas simp	28 mgg
27.5 – 28 cm diatas simp	30 mgg
29.5 – 30 cm diatas simp	32 mgg
31 cm diatas simp	34 mgg
32 cm diatas simp	36 mgg
33 cm diatas simp	38 mgg
37,7 cm diatas simp	40 mgg

Sumber : Benson, dkk, 2009

Tabel 2.8
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Gestasional Age	Length (cm)	Mass (g)
8 weeks	1.6 cm	1 gram
9 weeks	2.3 cm	2 grams
10 weeks	3.1 cm	4 grams
11 weeks	4.1 cm	7 grams
12 weeks	5.4 cm	14 grams
13 weeks	7.4 cm	23 grams
14 weeks	8.7 cm	43 grams
15 weeks	10.1 cm	70 grams
16 weeks	11.6 cm	100 grams
17 weeks	13 cm	140 grams
18 weeks	14.2 cm	190 grams
19 weeks	15.3 cm	240 grams
20 weeks	25.6 cm	300 grams
21 weeks	26.7 cm	360 grams
22 weeks	27.8 cm	430 grams
23 weeks	28.9 cm	501 grams
24 weeks	30 cm	600 grams
25 weeks	34.6 cm	660 grams
26 weeks	35.6 cm	760 grams
27 weeks	36.6 cm	875 grams
28 weeks	37.6 cm	1005 grams
29 weeks	38.6 cm	1153 grams
30 weeks	39.9 cm	1319 grams
31 weeks	41.1 cm	1502 grams
32 weeks	42.4 cm	1702 grams
33 weeks	43.7 cm	1918 grams
34 weeks	45 cm	2146 grams
35 weeks	46.2 cm	2383 grams
36 weeks	47.4 cm	2622 grams
37 weeks	48.6 cm	2859 grams
38 weeks	49.8 cm	3083 grams
39 weeks	50.7 cm	3288 grams
40 weeks	51.2 cm	3462 grams
41 weeks	51.7 cm	3597 grams
42 weeks	51.5 cm	3685 grams

Sumber : Benson, dkk, 2009

Berdasarkan palpasi abdominal menurut rumus Mc. Donald, fundus uteri dapat diukur dengan pita, untuk menentukan durasi suatu kehamilan dalam bulan atau minggu (Lockhart, 2014)

Tinggi fundus dalam cm $\times 2/7$ = durasi kehamilan dalam bulan

Tinggi fundus dalam cm $\times 8/7$ = durasi kehamilan dalam minggu

Dengan menggunakan cara Mc. Donald dapat mengetahui taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut : (tinggi fundus dalam cm – n) $\times 155$ = Berat (gram) . Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika, maka n =11.

Berat janin = TFU–12 \times 155 (jika kepala belum masuk PAP)

Berat janin = TFU-11 \times 155 (jika kepala sudah masuk PAP)

e. Ketidaknyamanan Kehamilan trimester III

1) Heartburn

Heartburn disebabkan karena relaksasi sfingter kardia, peningkatan produksi progesteron dan pergeseran lambung.

Edukasi :

- a) Menganjurkan untuk makan sedikit tetapi sering dengan

Selang waktu

- b) Menganjurkan untuk menghindari makanan yang berlemak serta digoreng dan produk makanan/minuman yang mengandung kafein
- c) Menganjurkan untuk mempertahankan posisi yang tegak paling sedikit 45 menit sesudah makan

2) Konstipasi (sembelit)

Konstipasi disebabkan karena suplemen zat besi, pergeseran intestinum oleh janin dan kelambanan usus akibat peningkatan kadar progesteron dan metabolisme steroid

Edukasi:

- a) Anjurkan untuk olah raga setiap hari dengan intensitas sedang
- b) Anjurkan lebih banyak minum dan makan makanan yang berserat
- c) Anjurkan untuk tidak mengabaikan rasa ingin BAK

3) Hemoroid

Hemoroid disebabkan karena tekanan pada vena pelvis oleh uterus yang membesar sehingga mengganggu sirkulasi darah vena dan peningkatan tekanan yang terjadi sekunder karena konstipasi

Edukasi :

- a) Mengajarkan untuk tidak berdiri lama dan tidak mengenakan pakaian yang ketat
- b) Mengajarkan untuk berbaring pada sisi kiri tubuhnya dengan kedua kaki sedikit ditinggikan

4) Nyeri pinggang

Nyeri punggung disebabkan karena peningkatan lengkung lumbosakral oleh pembesaran uterus

Edukasi :

- a) Mengajarkan bagaimana menggunakan mekanika tubuh yang benar
- b) Mendorong pasien untuk mempertahankan postur tubuh yang baik
- c) Mengajarkan menggunakan sepatu dengan tumit yang rendah
- d) Mengajarkan untuk melakukan pemanasan local pada punggungnya jika diperlukan
- e) Mengajarkan bagaimana melakukan latihan gerakan panggul atau latihan memiringkan panggul

5) Kram otot kaki

Kram otot kaki disebabkan oleh tekanan oleh uterus yang membesar, sirkulasi yang buruk dan keseimbangan rasio kalsium-fosfor

Edukasi :

- a) Anjurkan istirahat dengan kedua tungkai sedikit ditinggikan
- b) Menganjurkan pasien untuk mengenakan pakaian yang hangat
- c) Sesak napas

Disebabkan oleh tekanan uterus pada diafragma

Edukasi :

- a) Anjurkan untuk mempertahankan postur tubuh yang benar khususnya ketika berdiri
 - b) Anjurkan pasien menggunakan posisi semi-fowler ketika tidur dan memakai bantal tambahan sebagai penyangga. Posisi semifowler dengan derajat kemiringan 45° yaitu menggunakan gaya gravitasi untuk membantu mengurangi tekanan dari uterus pada diafragma (Safitri, 2011)
 - c) Anjurkan aktivitas dan istirahat yang seimbang
- 6) Edema pergelangan kaki

Oedema adalah pembengkakan karena penumpukan cairan pada ekstermitas maupun pada organ dalam tubuh yang disebabkan rahim yang membesar sehingga menekan pembuluh darah balik yang menyebabkan terganggunya aliran darah ke jantung sehingga memperbanyak cairan yang menimbun dikaki.

Juga disebabkan karena vena return yang buruk dari ekstermitas bawah diperparah oleh duduk atau berdiri yang lama dan oleh hawa panas dan retensi cairan (Lockhart, 2014).

Selain itu, konsumsi garam berlebih juga bisa menyebabkan pembengkakan kaki terutama pada organ yang memiliki gangguan jantung dan ginjal. Asupan garam yang tinggi membuat konsentrasi natrium dalam darah menjadi naik. Peningkatan kadar natrium ini menyebabkan tubuh menahan air lebih banyak untuk membantu mengencerkan natrium. Kondisi ini membuat volume darah meningkat dan memberikan tekanan ekstra pada pembuluh darah kecil (kapiler) yang bisa menyebabkan kebocoran. Cairan yang bocor dari kapiler akan masuk ke ruang ekstraseluler sehingga membuat tubuh menjadi bengkak (Lockhart, 2014).

Edukasi :

- a) Menyarankan untuk berbaring miring pada sisi kiri tubuh ketika ditempat tidur untuk meningkatkan laju filtrasi glomerulus (GFR) ginjal
- b) Anjurkan untuk menghindari pakaian yang ketat dan menjepit
- c) Menasihatinya untuk meninggikan kedua tungkai pada saat beristirahat agar aliran darah lancar.

d) Tidak menggantung kaki kerana dengan menggantungkan kaki maka pembuluh darah kaki menjadi tertekan akibatnya darah tidak bisa kembali ke jantung dan menumpuk dikaki. Karena tertumpuk dikaki maka tekanan menjadi tinggi dan cairan terdorong keluar dari jaringan yang menyebabkan kaki jadi bengkak (Lockhart, 2014).

7) Varices pada ibu hamil

a) Pengertian

Varices diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan darah vena pada ekstremitas bagian bawah.

Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat menghambat aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah atau posisi berdiri lama yang memperberat masalah tersebut (Varney, 2007)

b) Cara meringankan atau mencegah

(1) Berbaring dengan posisi kaki ditinggikan kurang lebih 90 derajat karena dengan meninggikan kaki akan memanfaatkan gravitasi dan pembuluh darah perifer tidak tertekan

- (2) Hindari duduk terlalu lama karena menyebabkan aliran darah tidak lancar
- (3) Hindari pakaian yang ketat seperti kaos kaki setinggi lutut atau semata kaki dan pembalut kaki
- (4) Pertahankan postur tubuh dan jaga mekanisme yang baik
- (5) Lakukan latihan ringan atau berjalan secara teratur untuk memfasilitasi sirkulasi darah (Kusmiyati, 2009).

Tabel 2.9 Ketidaknyamanan Pada ibu hamil.

No.	Ketidaknyamanan	Fisiologi	Intervensi
1.	Rasa khawatir & cemas. (Trimester 3)	Gangguan hormonal: penyesuaian hormonal, khawatir jadi ibu setelah kelahiran.	Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.
2.	Kontaksi Braxton Hick. (Trimester 3)	Kontraksi usus mempersiapkan persalinan.	Istirahat, teknik nafas.
3.	Pusing	Pembesaran rahim menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat. 2. Hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak. 3. Hindari berbaring dalam posisi terlentang.
4.	Konstipasi.	Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot halus.	Mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung sedang kosong.
5.	Sering buang air kecil	Tekanan kepala yang telah masuk panggul.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan mengenai penyebabnya. 2. Kosongkan saat terasa ada dorongan untuk buang air kecil. 3. Perbanyak minum pada siang hari. 4. Jangan kurangi minum pada malam hari untuk mengurangi nocturia kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan. 5. Batasi minum bahan diuretik alamiah misalnya kopi, the, dan minuman bersoda. 6. Jelaskan tentang tanda-tanda uti (infeksi saluran kemih) posisi berbaring miring kiri dengan kaki ditinggikan pada malam hari untuk meningkatkan diuresis.

(Sumber : (Syafrudin, Kamingsing, 2011)

f. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

1) Perdarahan pervaginam

Jenis-jenis perdarahan antepartum ialah:

a) Plasenta previa

b) Solusio plasenta

2) Sakit kepala yang hebat

3) Penglihatan kabur

4) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

5) Keluar cairan pervaginam

6) Gerakan janin tidak terasa

7) Nyeri abdomen yang hebat

2. Obesitas

a. Pengertian Obesitas

Obesitas adalah suatu keadaan dimana terjadi penumpukan lemak tubuh yang berlebih, sehingga berat badan seseorang bisa jauh diatas normal dan dapat membahayakan kesehatan. (Siswono, 2007)

b. Etiologi

1) Keturunan (*Genetik*). Seorang anak mempunyai kecenderungan menjadi gemuk jika kedua orang tuanya gemuk. Genetik juga

berperanan dalam mempengaruhi fungsi hormon yang mengatur perlemakan tubuh.

- 2) Terlalu banyak makan. Terlalu banyak makan akan menyebabkan penambahan berat badan terutama jika makanan yang dikonsumsi banyak mengandung lemak dan gula seperti misalnya makanan siap saji, makanan yang digoreng dan manisan.
- 3) Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat.
- 4) Frekuensi makan lebih dari 4 -5 kali sehari.
- 5) Metabolisme yang lambat. Perempuan memiliki massa otot yang lebih kecil dari laki laki. Otot membakar kalori lebih banyak dari jaringan tubuh yang lain, sehingga metabolisme pada perempuan jauh lebih lambat daripada laki laki. Hal ini akan menyebabkan perempuan mempunyai kecenderungan lebih mudah gemuk jika dibandingkan dengan laki laki.
- 6) Kurangnya aktifitas fisik. Orang yang aktif beraktifitas akan membakar kalori lebih banyak jika dibandingkan dengan mereka yang bermalas malasan.
- 7) Obat obatan. Beberapa obat yang berhubungan dengan penambahan berat badan antara lain, obat *anti depresi*, obat anti kejang, obat obatan diabetes, kontrasepsi oral, obat obatan *kortikosteroid* dan beberapa obat penurun tekanan darah.

- 8) Faktor *psikologis*. Pada beberapa orang, emosi mempengaruhi kebiasaan makan. Ada orang yang tiba tiba ingin makan banyak saat sedang emosi. Padahal bila nantinya berat badan meningkat akan menimbulkan masalah psikologi lainnya.
 - 9) Penyakit. Beberapa penyakit yang dapat meningkatkan berat badan antara lain *hipotiroid*, *resistensi insulin*, dan *sindroma cushing*.
 - 10) Ras. Orang kulit hitam dan orang *hispanik* mempunyai kecenderungan lebih mudah menjadi gemuk jika dibandingkan dengan orang kaukasian dan asia.
 - 11) Berat badan saat anak anak. Kegemukan pada masa anak anak dan remaja juga mempengaruhi terjadinya kegemukan pada usia dewasa.
 - 12) Hormon. Perempuan lebih mudah gemuk terutama saat hamil, *menopause* dan saat mengkonsumsi kontrasepsi.
- c. Dampak Obesitas
- 1) Hypertensi
 - 2) Hyperkolesterol
 - 3) Hyperglukemia
 - 4) Arteriosklerosis
 - 5) Stroke
 - 6) Jantung koroner.

- 7) Kanker. Terjadi peningkatan resiko terjadinya kanker pada usus besar, *prostate*, kandung kemih, dan kanker rahim.
 - 8) Pada wanita yang telah menopause rawan terjadi :
 - a) Kanker payudara – Osteoporosis
 - b) Batu empedu - Gangguan tidur
 - c) Radang sendi (gout) - Gangguan kesuburan
- d. Pencegahan Obesitas
- 1) Selalu dilakukan pemeriksaan tekanan darah tiap kali periksa.
 - 2) Membatasi asupan kalori
 - 3) Menjaga pola makan dengan gizi cukup dan seimbang.
 - 4) Hindari makanan pemicu gula darah yang berlebihan seperti makanan yang manis – manis, berlemak dan makanan tinggi kolesterol lainnya.
 - 5) Makanan berserat dan buah – buahan segar sangat dianjurkan karena bisa mempertahankan rasa kenyang lebih lama, disamping itu dapat mengurangi kadar *kolesterol* dalam darah.
 - 6) Untuk penderita darah tinggi harus membatasi konsumsi makanan yang mengandung garam.
 - 7) Jalani pola hidup sehat dengan melakukan aktivitas fisik, dianjurkan jalan kaki tiap pagi hari atau berenang untuk membakar *kolesterol* dan lemak dalam tubuh.
 - 8) Selalu konsultasi dengan dokter tentang terapi menjaga berat badan. (Prof. Dr. Achmad Djaeni Sediaoetama, 2000 : 47)

e. Diet Ibu Hamil dengan Obesitas

1) Selalu sarapan

Ibu hamil disarankan untuk mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisi saat sarapan. Menghindari sarapan akan menimbulkan keinginan makan lebih banyak pada waktu makan berikutnya tiba. Selain itu, melewatkan sarapan juga menyebabkan keluhan berupa kepala pening, mual, dan lain-lain.

2) Pilih makanan berserat serta rendah kandungan lemak dan gula

Pada ibu hamil konsumsi gula berlebihan cenderung menimbulkan perasaan mudah lapar. Sediakan berbagai buah atau sayuran untuk dijadikan sebagai makan selingan . konsumsi ikan, unggas, daging tanpa lemak, keju, susu krim, brokoli, wortel, dan labu.

3) Jadikan buah sebagai camilan

Ini sangat bermanfaat karena buah kaya akan vitamin yang sangat bermanfaat bagi perkembangan janin dan juga ibu sendiri.

4) Perbanyak minum air putih minimal 8 gelas per hari

5) Konsumsi makanan yang cukup mineral dan vitamin, serta tinggi serat sehingga membuat kenyang.

f. Prinsip Diet Ibu Hamil dengan Obesitas

1) Tujuan diet pada ibu hamil dengan obesitas

- a) Mempertahankan tumbuh kembang bayi yang normal
 - b) Mempertahankan kesehatan ibu hamil
 - c) Menghindari terjadinya komplikasi kehamilan
 - d) Memberikan makanan rendah kalori guna mencapai berat badan normal
- 2) Syarat diet pada ibu hamil dengan obesitas
- a) Kalori dikurangi sebanyak 500-700 dibawah kebutuhan normal. Pengurangan konsumsi karbohidrat dan lemak
 - b) Protein tinggi untuk pertumbuhan bayi dan pembentukan sel darah merah
 - c) Tinggi vitamin dan mineral
 - d) Tinggi serat untuk memberi rasa kenyang
- 3) Pedoman untuk mengurangi lemak
- a) Sayuran-sayuran
 - Kurangi konsumsi sayuran dengan bumbu kacang yang digoreng, ganti dengan bumbu kacang yang disangrai
 - Batasi konsumsi sayuran dengan bumbu kelapa yang berlebihan (seperti, urapan), atau santan kental
 - Batasi konsumsi sayuran dengan dressing keju yang berlebihan, contohnya salad
 - Konsumsi sayuran dengan cara direbus, dikukus, didalam bentuk segar
 - b) Buah-Buahan
 - Konsumsi buah-buahan dalam bentuk segar Kurangi

- konsumsi buah-buahan yang berlemak

c) Nasi, Sereal dan roti

- Kalau bisa konsumsi nasi beras tumbuk/ nasi agar dan roti yang mengandung bekatul/ havermouth
- Batasi serela dan krackers yang berminyak/ mengandung lemak lebih dari 2 potong/hr
- Batasi kebiasaan sarapan dengan roti mentega dan susu full cream

d) Susu

- Gunakan susu skim, susu kedelai atau yogurth yang rendah lemak
- Pilih keju rendah lemak, misalnya Cottage Cheese
- Pilih es krim yang tidak mengandung susu, misalnya es krim yang terbuat dari sari buah
- Pilih makanan pencuci mulut yang terbuat dari makanan berserat seperti agar-agar dengan saus dari susu krim

e) Protein

- Pilih daging tidak berlemak dan berwarna cerah seperti daging ayam kampung (tanpa kulit), ikan, dll
- Hindari konsumsi jerohan, daging berlemak, otak, kepala dan brutu ayam

- Tingkatkan konsumsi protein nabati sebagai pengganti, seperti tahu, tempe, kacang hijau, dll
- Batasi konsumsi lauk yang digoreng, diolah dengan santan kental
- Masak dengan cara merebu, memanggang, menumis, memepes

3. Pre Eklamsi

a. Definisi Pre Eklamsi

Preeklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria, dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke tiga pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya misalnya pada mola hidatidosa. (Rukiyah, 2010)

b. Klasifikasi

1) Pre-eklamsia ringan

Adalah timbulnya hipertensi disertai protein urin dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Rukiyah, 2010). Gejala klinis pre eklamsi ringan meliputi :

- a) Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih, diastol 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg, diastol 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg.
 - b) Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan
 - c) Proteinuria secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2.
 - d) Tidak disertai gangguan fungsi organ
- 2) Pre-eklamsia berat

Adalah suatu komplikasi kehamilan yang di tandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai protein urin dan atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Rukiyah, 2010).

Gejala dan tanda pre eklamsia berat :

- a. Tekanan darah sistolik >160 dan diastolik >110 mmHg atau lebih.
- b. Proteinuria > 3gr/liter/24 jam atau positif 3 atau positif 4
- c. Pemeriksaan kuantitatif bisa disertai dengan :
- d. Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam.

- e. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.
 - f. Terdapat edema paru dan sianosis.
 - g. Gangguan perkembangan intra uterin
 - h. Trombosit $< 100.000/mm^3$
- c. Etiologi

Penyebab preeklamsi saat ini tidak bisa diketahui dengan pasti, semuanya baru berdasarkan pada teori yang dihubungkan dengan kejadian. Itulah sebab preeklamsi disebut juga "*disease of theory*", gangguan kesehatan yang berasumsi pada teori tersebut antara lain :

1) Peran factor imunologis

Preeklamsi sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya (Prawihardjo, 2005).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Puspitasari (2008) di RSUP Dokter Kariadi Semarang, menyebutkan faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia yaitu ibu riwayat hipertensi, obesitas, paritas dan umur saat hamil. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kenaikan berat badan lebih (obesitas)

merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya preeklamsia-eklamsia.(Fikawati et al., 2012)

2) Peran Faktor Genetik

Beberapa bukti yang menunjukkan peran factor genetik kejadian preeklamsi antara lain: preeklamsi hanya terjadi pada manusia, terdapat nya kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsi pada anak-anak dari ibu yang mederita preeklamsi, kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsi pada anak-anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklamsi dan bukan ipar mereka, peran rennin angiotensin-aldosteron system (Prawihardjo, 2005)

d. Patofisiologi

Menurut Mochtar (2007) Pada preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui penyebabnya, mungkin

karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan glomerulus.

e. Tanda dan Gejala

Biasanya gejala pre eklamsia timbul dalam urutan : penambahan berat badan yang lebih, diikuti edema, hipertensi, dan akhirnya protein urin. Pada pre eklamsia ringan tidak di temui gejala – gejala subyektif, namun menurut rukiyah (2010) mengatakan :

1) Pre eklamsia Ringan

- a) Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih
- b) Kenaikan tekanan diastole 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih
- c) Protein urin secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2
- d) Edema pada pretebia, dinding abdomen, lumbosakral, dan wajah

2) Pre eklamsia Berat

- a) Tekanan darah sistolik 160 mmHg
- b) Tekanan darah diastolik 110 mmHg
- c) Peningkatan kadar enzim hati/ikterus
- d) Trombosit $< 100.000/mm^3$

- e) Oligouria < 400 ml/24 jam
- f) Protein urin > 3 gr/liter
- g) Nyeri epigastrium
- h) Skotoma dan gangguan visus lain atau nyeri frontal yang berat
- i) Perdarahan retina
- j) Edema pulmonum

2) Perubahan patofisiologi

d) Perubahan pada plasenta dan uterus

Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan disfungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu, pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat janin sampai kematiannya karena kekurangan oksigenasi. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapatkan pada pre eklamsia dan eklamsia sehingga mudah terjadi partus prematurus.

e) Perubahan pada ginjal

Perubahan pada ginjal disebabkan oleh aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus mengurang. Kelainan pada ginjal yang penting ialah dalam hubungan dengan proteinuria dan mungkin sekali juga dengan retensi air garam dan air. Mekanisme retensi garam dan air belum diketahui benar, tetapi disangka akibat

perubahan dalam perbandingan antara tingkat filtrasi glomerulus dan tingkat penyerapan kembali oleh tubulus. Pada kehamilan normal penyerapan ini meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi glomerulus akibat spasme arterioles ginjal menyebabkan filtrasi natrium melalui glomerulus menurun, yang menyebabkan retensi garam dan dengan demikian juga retensi air. Peranan kelenjar adrenal dalam retensi garam dan air belum diketahui benar. Fungsi ginjal pada pre eklampsia tampaknya agak menurun bila dilihat dari clearance asam uric. Filtrasi glomerulus dapat turun sampai 50% dari normal, sehingga menyebabkan diuresis turun; pada keadaan lanjut dapat terjadi oliguria atau anuria.

f) Perubahan pada retina

Pada pre eklampsia tampak edema retina, spasme setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri; jarang terlihat perdarahan atau eksudat. Retinopatia arteriosklerotika menunjukkan penyakit vaskuler yang menahun. Keadaan tersebut tak tampak pada pre eklampsia, kecuali bila terjadi atas dasar hipertensi menahun atau penyakit ginjal. Spasme arteri retina yang nyata menunjukkan adanya pre eklampsia berat; walaupun demikian, vasospasme ringan tidak selalu menunjukkan pre eklampsia ringan. Pada pre eklampsia

jarang terjadi ablasio retina. Keadaan ini disertai dengan buta sekonyong-konyong. Pelepasan retina disebabkan oleh edema intraokuler dan merupakan indikasi untuk pengakhiran kehamilan segera. Biasanya setelah persalinan berakhir. Retina melekat lagi dalam 2 hari sampai 2 bulan. Gangguan penglihatan secara tetap jarang ditemukan. Skotoma, diplopia dan ambliopia pada penderita pre eklampsia merupakan gejala yang menunjukkan akan terjadinya eklampsia. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan aliran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau dalam retina.

g) .Perubahan pada Paru – paru

Kematian ibu pada pre-eklamsia dan eklamsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan decompensasi cordis. Bisa pula karena terjadinya aspirasi pnemonia, atau abses paru.

h) .Perubahan pada otak

Mc Call melaporkan bahwa resistensi pembuluh darah dalam otak pada hipertensi dalam kehamilan lebih meninggi lagi pada eklampsia. Walaupun demikian, aliran darah ke otak dan pemakaian oksigen pada pre eklampsia tetap dalam batas normal. Pemakaian oksigen oleh otak hanya menurun pada eklampsia.

i) . Metabolisme air dan Elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyertai pre eklampsia dan eklampsia tidak hanya diketahui sebabnya. Terjadi disini pergeseran cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial. Kejadian ini, yang diikuti oleh kenaikan hematokrit, peningkatan protein serum dan sering bertambah edema, menyebabkan volume darah mengurang, viskositet darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. Karena itu, aliran darah ke jaringan di berbagai bagian tubuh mengurang, dengan akibat hipoksia. Dengan perbaikan keadaan, hemokonsentrasi berkurang, sehingga turunnya hematokrit dapat dipakai sebagai ukuran tentang perbaikan keadaan penyakit dan tentang berhasilnya pengobatan. Jumlah air dan natrium dalam badan lebih banyak pada penderita pre eklampsia daripada wanita hail biasa atau penderita hipertensi menahun. Penderita pre eklampsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun, sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah. Elektrolid, kristaloid dan protein dalam serum tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada pre eklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, kalsium dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal. Gula darah, ikarbonas dan pH pun normal. Pada eklampsia,

kejang-kejang dapat menyebabkan kadar gula darah naik untuk sementara; asidum laktikum dan asam organik lain naik dan bikarbonas natrikus, sehingga menyebabkan cadangan alkali turun. Setelah kejang, zat organik dioksida sehingga natrium dilepaskan untuk dapat bereaksi dengan asam karbonik menjadi bikarbonas natrikus. Dengan demikian cadangan alkali dapat pulih kembali. Oleh beberapa penulis kadar asam urat dalam darah dipakai sebagai parameter untuk menentukan proses pre eklampsia menjadi baik atau tidak. Pada keadaan normal asam urat melewati glomerulus dengan sempurna untuk diserap kembali dengan sempurna oleh tubulus kontorti proksimalis dan akhirnya dikeluarkan oleh tubulus kontorti distalis. Tampaknya perubahan pada glomerulus dengan sempurna untuk diserap kembali dengan sempurna oleh tubulus kontorti proksimalis dan akhirnya dikeluarkan oleh tubulus kontorti distalis. Tampaknya perubahan pada glomerulus menyebabkan filtrasi asam urat berkurang, sehingga kadarnya dalam darah meningkat. Akan tetapi, kadar asam urat yang tinggi tidak selalu ditemukan. Selanjutnya, pemakaian diuretika golongan tiazid menyebabkan kadar asam urat meningkat. Kadar keratin dan ureum pada pre eklampsia tidak meningkat, kecuali bila terjadi oliguria atau

anuria. Protein serumtotal, perbandingan albumin globulin dan tekanan osmotik plasma menurun pada pre eklampsia, kecuali pada penyakit yang berat dengan hemokonsentrasi. Pada kehamilan cukup bulan kadar fibrinogen meningkat dengan nyata. Kadar tersebut lebih meningkat lagi pada pre eklampsia. Waktu pembekuan lebih pendek dan kadang-kadang ditemukan kurang dari 1 menit pada eklampsia.

f. Faktor Resiko

Menurut Bobak (2004), factor resiko pre eklamsia :

- 1) Primi gravid, multi para (Mitayani, 2009)
- 2) Usia < 20 atau > 35 tahun
- 3) Obesitas
- 4) Diabetes militus
- 5) Hipertensi sebelumnya
- 6) Kehamilan mola
- 7) Kehamilan ganda
- 8) Polihidramnion
- 9) Pre eklamsia pada kehamilan sebelumnya

g. Komplikasi

Komplikasi terberat adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi dibawah ini yang bisa terjadi pada pre eklamsia dan eklamsia (Rukiyah, 2010) :

- 1) Solusio Plasenta

Komplikasi ini terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada pre eklamsia

2) Hipofibrinogenemia

Biasanya terjadi pada pre eklamsia berat. Oleh karena itu dianjurkan untuk pemeriksaan kadar fibrinogen secara berkala.

3) Hemolisis

Penderita dengan PEB kadang – kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel hati atau destruksi sel darah merah. Nekrosis periportal hati yang sering ditemukan pada autopsy penderita eklamsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

4) Perdarahan Otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklamsia.

5) Kelainan Mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara yang berlangsung sampai seminggu dapat terjadi. Perdarahan kadang – kadang

terjadi pada retina. Hal ini merupakan tanda gawat akan terjadi apopleksia serebri.

6) Edema Paru – Paru

Paru – paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronkopneumonia sebagai akibat aspirasi. Kadang – kadang ditemukan abses paru – paru.

7) Nekrosis Hati

Nekrosis periportal hati pada pre eklamsia/eklamsia merupakan akibat vasopasme arteriole umum. Kelainan ini diduga khas untuk eklamsia, tetapi juga dapat terjadi pada penyakit lain. Kerusakan sel – sel hati dapat diketahui dengan pemeriksaan faal hati, terutama penentuan enzim–enzimnya.

8) Sindroma HELLP (Haemolysis elevated liver enzymes dan low platelet)

Merupakan sindrom kumpulan gejala klinis berupa gangguan fungsi hati, hepatoselular (peningkatan enzim hati [SGOT,SGPT], gejala subyektif [cepat lelah, mual, muntah, nyeri epigastrium]). Hemolisis akibat kerusakan membrane eritrosit oleh radikal bebas asam lemak jenuh dan tak jenuh. Trombositopenia ($<150.000/cc$), agregasi (adhesi trombosit did

inding vaskuler), kerusakan tromboksan (vasokonstriktor kuat), lisosom.

9) Kelainan Ginjal

Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endothelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur yang lainnya. Kelainan lain yang dapat timbul ialah anuria sampai gagal ginjal.

10) Komplikasi Lain

Lidah tergigit, trauma dan fraktur karena jatuh akibat kejang – kejang pneumoni aspirasi dan DIC (disseminated intravascular coagulation)

11) Pada Janin

Menurut Rukiyah (2010), komplikasi pre eklamsia pada janin adalah :

Janin yang dikandung ibu hamil pre eklamsia akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen dibawah normal. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit, karena buruknya nutrisi pertumbuhan janin akan terhambat sehingga akan terjadi

bayi dengan berat lahir rendah. Bisa juga janin dilahirkan kurang bulan (prematunitas).

h. Penatalaksanaan

1) Preeklampsia Ringan

Secara klinis, pastikan usia kehamilan, kematangan serviks dan kemungkinan pertumbuhan janin terhambat.

Pasien rawat jalan, anjurkan istirahat baring 2 jam siang hari dan tidur > 8 jam malam hari. Bila susah tidur dapat diberikan fenobarbital 1 – 2 x 30 mg atau asetosal 1 x 80 mg. dapat juga diberikan asetosal 1 x 80 mg. Kunjungan ulang 1 minggu kemudian untuk menilai perkembangan kehamilan dan kesejahteraan janin, apakah ada perburukan keluhan subyektif, peningkatan berat badan berlebihan, kenaikan tekanan darah, dan melakukan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan, terutama protein urin.

Rawat pasien bila tidak ada perbaikan dalam 2 minggu rawat jalan, berat badan meningkat berlebihan (> 1 kg/minggu selama 2 kali berturut-turut) atau tampak tanda-tanda preeklampsia berat. Berikan obat antihipertensi metildopa 3 x 125 mg (dapat ditingkatkan sampai dosis maksimal 1500 mg), nifedipin 3 – 8 x 15 – 10 mg atau Adalat Retard® 2 – 3 x 20 mg atau pindolol 1- 3 x 5 mg (dosis maksimal 30 mg). Tidak

perlu diberikan diet rendah garam dan jangan diberikan diuretik.

Bila keadaan ibu membaik dan tekanan darah dapat dipertahankan 140 – 150/90 – 110 mmHg, tunggu persalinan sampai aterm sehingga ibu dapat berobat jalan dan anjurkan memeriksakan diri tiap minggu. Kurangi dosis obat hingga tercapai dosis optimal. Bila tekanan darah sulit dikendalikan, berikan kombinasi obat. Tekanan darah tidak boleh lebih rendah dari 120/80 mmHg. Tunggu pengakhiran kehamilan sampai 40 minggu, kecuali terdapat pertumbuhan janin terhambat, kelainan fungsi hepar/ginjal dan peningkatan proteinuria (± 3). Pada kehamilan > 37 minggu dengan serviks matang, lakukan induksi persalinan (spontan atau dipercepat dengan bantuan ekstraksi).

2) Preeklampsia Berat

Upaya pengobatan ditujukan untuk mencegah kejang, memulihkan organ vital pada keadaan normal, dan melahirkan bayi dengan trauma sekecil-kecilnya pada ibu dan bayi.

Segera rawat pasien di rumah sakit. Berikan MgSO₄ dalam infuse dekstrosa 5% dengan kecepatan 15-20 tetes per menit. Dosis awal MgSO₄ 2 g intravena dalam 10 menit selanjutnya 2 g/jam dalam drip infuse sampai tekanan darah stabil (140-50/90-110 mmHg). Ini diberikan sampai 24 jam

pascapersalinan atau hentikan bila 6 jam pascapersalinan ada perbaikan nyata ataupun tampak tanda-tanda intoksikasi. Syarat pemberian $MgSO_4$ adalah reflex patella kuat, frekuensi pernapasan > 16 kali per menit, dan diuresis > 100 cc dalam 4 jam sebelumnya ($0,5$ ml/kg BB/jam). Harus tersedia antidote $MgSO_4$ yaitu kalsium glukonas 10% yang dapat segera diberikan secara intravena dalam 3 menit. Selama pemberian $MgSO_4$, perhatikan tekanan darah, suhu, perasaan panas, serta wajah merah.

Berikan nifedipin 3-4 x 10 mg oral. Bila pada jam ke-4 tekanan diastolic belum turun sampai 20%, berikan tambahan 10 mg oral (dosis maksimum 80 mg/hari). Bila tekanan diastolic meningkat > 110 mmHg, berikan tambahan sublingual. Tujuannya adalah penurunan tekanan darah 20% dalam 6 jam, kemudian diharapkan menjadi stabil (140-150/90-100 mmHg). Bila sulit dikendalikan, dapat dikombinasi dengan pindolol.

Periksa tekanan darah, nadi dan pernapasan tiap jam. Pasang kateter dan kantong urin. Ukur urin setiap 6 jam. Bila < 100 ml/4 jam, kurangi dosis $MgSO_4$ menjadi 1 g/jam. Dilakukan USG dan kardiokografi (KTG). Pemeriksaan KTG diulangi sekurang-kurangnya 2 kali/24 jam.

3) Eklampsia

Eklampsia harus ditangani di rumah sakit. Bila pasien dirujuk, sebelumnya pasien perlu diberi pengobatan awal untuk mengatasi kejang dan pemberian obat antihipertensi. Berikan O_2 4-6 l/menit, pasang infuse dekstrosa 5% 500 ml/6 jam dengan kecepatan 20 tetes per menit, pasang kateter urin, pasang goedel atau spatel. Bahu diganjal kain setebal 5 cm agar leher defleksi sedikit. Posisi tempat tidur dibuat sedikit fowler agar kepala tetap tinggi. Fleksi pasien secara baik agar tidak jatuh.

Di rumah sakit, berikan $MgSO_4$ intravena kemudian 2g/jam dalam drip infuse dekstrosa 5% untuk pemeliharaan sampai kondisi atau tekanan darah stabil (140-150 mmHg). Bila kondisi belum stabil, obat tetap diberikan.

Bila timbul kejang, berikan dosis tambahan $MgSO_4$ 2 g intravena sekurang-kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir. Dosis tambahan hanya dapat diberikan sekali saja. Bila masih tetap kejang, berikan amobarbital 3-5 mg/kg BB intravena perlahan atau fenobarbital 250 mg intramuscular atau diazepam 10 mg intravena.

Pada pasien koma, monitor kesadaran dengan skala Glasgow. (Arif Mansjoer, 2001)

4. Anemia

a. Anemia Pada Kehamilan

1) Definisi anemia

Anemia merupakan suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah, kadar sel darah merah (Hemoglobin/Hb) dibawah nilai normal. Penyebabnya bisa karena kurangnya zat gizi untuk pembentukan darah, misalnya zat besi, asam folat dan vitamin B12. Tetapi yang sering terjadi adalah anemia karena kekurangan zat besi (Rukiyah, 2010).

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh, sehingga kebutuhan zat besi (Fe) untuk eritopoesis tidak cukup yang ditandai dengan gambaran sel darah merah hipokrom-mikrositer, kadar besi serum (serum iron) dan jenuh transferin menurun, kapasitas besi total meninggi dan cadangan besi dalam sumsum tulang serta ditempat yang lain sangat kurang atau tidak ada sama sekali (Rukiyah, 2010).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya anemia defisiensi besi antara lain kurangnya asupan zat besi dan protein dari makanan, adanya gangguan absorpsi diusus, perdarahan akut maupun kronis dan meningkatnya kebutuhan zat besi seperti pada wanita hamil, masa pertumbuhan dan masa penyembuhan dari penyakit (Rukiyah, 2010).

2) Anemia fisiologi dalam kehamilan

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena ibu hamil mengalami *hemodelusi* (pengenceran) dengan peningkatan volume 30 % sampai 40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18 % sampai 30 % dan hemoglobin sekitar 19 % (Manuaba, 2010).

3) Patofisiologi anemia

Anemia defisiensi besi pada kehamilan berkaitan dengan kehamilan itu sendiri yang mengakibatkan simpanan besi dalam tubuh ibu akan mengalami deplesi karena dipakai untuk memproduksi sel darah merah janin (Lockhart, 2014).

Kebutuhan zat besi ibu selama kehamilan adalah 800 mg besi, diantaranya 300 mg untuk janin dan 500 mg untuk penambahan eritrosit. Volume darah ibu bertambah \pm 50% yang menyebabkan konsentrasi sel darah merah mengalami penurunan. Keadaan ini tidak normal bila konsentrasi turun terlalu rendah yang menyebabkan Hb sampai <11 gr%. Meningkatnya volume darah berarti meningkat pula jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk memproduksi sel-sel darah merah sebagai kompensasi tubuh untuk menormalkan konsentrasi hemoglobin (Rukiyah, 2010).

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami *haemodilusi* (pengenceran) dengan

peningkatan volume 30 % sampai 40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 minggu sampai 34 minggu dan haemoglobin sekitar 19%. Bila haemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 gram% maka dengan terjadinya haemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis dan Hb ibu akan menjadi sekitar 9,5 sampai 10 gram% (Manuaba, 2012).

Menurut Saifuddin (2009), anemia dalam kehamilan dapat terjadi karena peningkatan volume plasma darah yang menyebabkan konsentrasi sel darah merah menurun dan darah menjadi encer, inilah yang menyebabkan kadar hemoglobin dalam darah menurun. Pengenceran darah yang terjadi ini memiliki manfaat yaitu meringankan kerja jantung dalam memompa darah dan mencegah terjadinya kehilangan unsur besi yang berlebih saat persalinan.

4) Diagnosa Anemia Dalam Kehamilan

Diagnosa anemia dapat dilakukan melalui anamnesese. Pada anamnesese didapatkan keluhan antara lain (Rochayati, 2003) :

- a) Cepat lelah
- b) Sering pusing
- c) Mata berkunang-kunang
- d) Mual-mual lebih hebat pada primi
- e) Kulit tampak pucat
- f) Sesak nafas bila melakukan kegiatan jasmani

g) Jantung berdebar

Nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia ibu hamil menurut Manuaba (2010), yaitu:

- a) > 11 gram% normal
- b) 9-10 gram% anemia ringan
- c) 7-8 gram% anemia sedang
- d) < 7 gram% anemia berat

Tabel 2.10 Nilai batas untuk anemia pada perempuan

Status kehamilan	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit
Tidak hamil	12,0	36
Hamil Trimester I	11,0	33
Hamil Trimester II	10,5	32
Hamil Trimester III	11,0	33

(Prawirohardjo, 2009)

5) Penyebab Anemia

Penyebab anemia umumnya antara lain:

- a) Kurang gizi (malnutrisi)
 - b) Kurang zat besi dalam diit
 - c) Mal absorpsi
 - d) Kehilangan darah yang banyak, misalnya : persalinan yang lalu, haid, perdarahan
 - e) Penyakit-penyakit kronik misalnya TBC, malaria, cacing usus
- 6) Pengaruh Anemia Pada Kehamilan Dan Persalinan (Manuaba, 2010)

a) Bahaya selama kehamilan

- (1) Abortus
- (2) Prematuritas
- (3) Terjadi infeksi
- (4) Hiperemesis gravidarum
- (5) Perdarahan antepartum
- (6) Ketuban pecah dini

b) Bahaya saat persalinan

- (1) Gangguan His
- (2) Kala I berlangsung lama
- (3) Perdarahan post partum
- (4) Retensio plasenta

b) Bahaya saat Nifas

- (1) Infeksi puerperium
- (2) Pengeluaran ASI berkurang
- (3) Infeksi mammae

c) Bahaya terhadap janin

- (1) Abortus
- (2) Kematian intrauterine
- (3) BBLR
- (4) Cacat bawaan
- (5) Mudah infeksi
- (6) Intelegensi rendah

7) Edukasi untuk ibu hamil dengan anemia

- a) Memotivasi ibu untuk banyak makan makanan yang mengandung banyak zat besi seperti telur, susu, hati, ikan, daging, kacang-kacangan (tempe, tahu, kedelai, kacang hijau), sayuran berwarna hijau tua (kangkung, bayam, daun katuk) dan buah-buah (jeruk, jambu dan pisang)
- b) Menganjurkan ibu untuk sering beristirahat yaitu tidur pada malam hari 7-8 jam dan siang hari 1-2 jam
- c) Menganjurkan ibu mengkonsumsi tablet Fe dengan dosis 1x1 diminum dengan air putih dan sebaiknya diminum pada malam hari untuk menghindari mual. Dapat juga menambahkan vitamin C (air jeruk) sewaktu meminumnya untuk mempermudah penyerapan zat besi dan menghindari teh dan kopi karena dapat menghambat penyerapan zat besi.

(Rukiyah, 2010).

5. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai

(inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

b. Faktor yang menyebabkan persalinan

1) Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina) (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

2) Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha involunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

3) Passanger

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun

plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

4) Psikologi ibu

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penanganan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk dukungan psikologis. (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2010).

c. Tanda – tanda Persalinan

Tanda persalinan menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) yaitu :

1) Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2) Pengeluaran lender darah

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan

lengkap. Pada permulaan his kala I berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam(Manuba Ida Ayu, 2012).

Kala I persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten pada kala satu persalinan

- (1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- (3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase Aktif pada kala satu persalinan

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi terus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- (2) Dari pembukaaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) aatau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

(3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Kala II (kala pengeluaran janin)

2) Kala II Persalinan

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Gejala dan tanda kala II persalinan (JNPK-KR Depkes RI, 2008):

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Kala III (kala uri)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:

- a) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- b) Tali pusat memanjang

- c) Semburan darah mendadak dan singkat

Manajemen aktif kala III, yaitu:

- a) Pemberian suntikan oksitosin
- b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- c) Massase fundus uteri
- d) Evaluasi perdarahan kala III

Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

e. Mekanisme Persalinan

Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu:

1) Engangement

Engangement pada primi gravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engangement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

2) Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cuningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan Ilmu Kebidanan Varney 2002:

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot-otot abdomen
- d) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

3) Fleksi

- a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12 cm berubah menjadi sub oksipitobregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin.
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

4) Rotasi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar kedepan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

5) Ekstensi

Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simpisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat

dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.

- 6) Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- 7) Ekspultasi terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trochanter depan terlebih dahulu, kemudian trochanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

f. Asuhan Persalinan Normal

1) Kala I

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 3 kali dalam 10 menit selama 30-40 detik. Dalam persalinan kala I penanganan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah:

- a) Memberikan dukungan dan yakinkan dirinya
- b) Memberikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan
- c) Lakukan perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri,

- d) Hadirkan pendamping agar menemaninya (suami atau ibunya), untuk memijat atau menggosok punggungnya atau membasuh mukanya diantara kontraksi.
- e) Mengajarkan kepada ibu teknik pernapasan : ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
- f) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- g) Menganjurkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah buang air kecil/besar
- h) Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum.
- i) Mengosongkan kandung kemih ibu.
- j) Melakukan pemantauan

Tabel berikut menguraikan frekuensi minimal penilaian dan intervensi.

Tabel 2.11

Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit

Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*

Sumber : (Manuba Ida Ayu, 2012)

k) Penilaian yang dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan, dan setelah selaput ketuban pecah. Gambarkan temuan-temuan pada partogram. Pada setiap pemeriksaan dalam, catat hal-hal sebagai berikut :

- (1) Warna cairan amnion
- (2) Dilatasi serviks
- (3) Penurunan kepala (yang dapat dicocokkan dengan periksa luar)
- (4) Jika serviks belum membuka pada pemeriksaan dalam pertama, mungkin diagnosis inpartu belum dapat ditegakkan.
- (5) Jika terdapat kontraksi yang menetap, periksa ulang wanita tersebut setelah 4 jam untuk melihat perubahan pada serviks (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

2) Kala II

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah

lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva. Penanganan adalah sebagai berikut :

- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan pendamping ibu agar merasa nyaman
- b) Menjaga kebersihan diri
- c) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara :
 - (1) Menjaga privasi ibu
 - (2) Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan
 - (3) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
 - (4) Membantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman pada saat meneran
 - (5) Memastikan kandung kemih tetap kosong
 - (6) Membantu membimbing saat meneran selama his
 - (7) Periksa DJJ pada saat tidak ada kontraksi
 - (8) Kemajuan persalinan dalam kala II, yaitu dengan :
 - (a) Penurunan yang teratur dari janin di jalan lahir,
 - (b) Dimulainya fase pengeluaran, yaitu kelahiran kepala bayi
 - (c) Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat.
 - (d) Menahan perineum dengan satu tangan lainnya.

- (e) Mengusap muka bayi untuk membersihkannya dari kotoran lendir/darah
 - (f) Memeriksa ada/tidaknya lilitan tali pusat pada bayi
 - (g) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar
 - (h) Kelahiran bahu dan anggota seluruhnya, dengan melakukan sangga susur
 - (i) Letakkan bayi tersebut di atas perut ibunya
 - (j) Secara menyeluruh, keringkan bayi, bersihkan matanya, dan nilai pernapasan bayi.
- (9) Melakukan pemotongan tali pusat.
- (10) Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit dengan dada si ibu. Bungkus bayi dengan kain yang halus dan kering, tutup dengan selimut, dan pastikan kepala bayi terlindungi dengan baik untuk menghindari hilangnya panas tubuh. Lakukan IMD setelah 1 jam lakukan injeksi vitamin K 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis

dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

3) Kala III

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III meliputi :

- a) Pemberian oksitosin 1 menit segera setelah lahir,
- b) Pengendalian tarikan pada tali pusat, dan
- c) Masase uterus segera setelah plasenta lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

4) Kala IV

Kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala ini diamati, apakah tidak terjadi perdarahan postpartum, yaitu dengan penatalaksanaan sebagai berikut :

- a) Melakukan rangsangan taktil (masase) uterus, untuk merangsang uterus dalam berkontraksi.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri, dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
- c) Melakukan estimasi kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan adanya laserasi dan perdarahan dari laserasi tersebut.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu

Dokumentasikan semua asuhan ke dalam partograf (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

g. Seksio Sesaria

1) Pengertian

Istilah seksio sesarea berasal dari bahasa latin *caedere* yang artinya memotong. Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2005).

2) Indikasi Seksio Sesarea

(a) Indikasi Ibu

Menurut Sarwono (2006) indikasi ibu yang menyebabkan dilakukannya seksio sesarea adalah plasenta previa, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri mengancam, partus lama, preeclampsia, distosia serviks, pernah seksio sesarea sebelumnya

(b) Indikasi Janin

Sedangkan indikasi janin dilakukannya seksio sesarea menurut adalah gawat janin dan mal presentasi janin

3) Komplikasi

Menurut Manuaba (2002), komplikasi “trias komplikasi” yang dapat terjadi pada ibu akibat tindakan SC adalah

perdarahan, infeksi dan trauma jalan lahir. Sedangkan pada bayi yaitu asfiksia, trauma tindakan dan infeksi.

- 4) Perawatan Pasca Bedah
 - (a) Perawatan Luka Insisi
 - (b) Tempat Perawatan Pasca SC
 - (c) Pemberian Ciran
 - (d) Mobilisasi
 - (e) Kateterisasi
 - (f) Pemberian Obat-obatan
 - (g) Observasi KU dan TTV
- 5) Nasehat pasca operasi menurut Sarwono (2006)
 - (a) Menunda kehamilan selama kurang lebih satu tahun dengan memakai kontrasepsi.
 - (b) Banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein
 - (c) Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antenatal yang baik.
 - (d) Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar.
 - (e) Apakah persalinan yang berikut harus dengan seksio sesarea bergantung dari indikasi seksio sesarea dan keadaan pada kehamilan berikutnya.

h. Partograf

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

1) Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), tujuan partograf adalah:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.

2) Bagian-bagian partograf

Bagian-bagian partograf menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yaitu :

- a) Kemajuan persalinan
 - (1) Pembukaan serviks.

(2) Turunnya bagian terendah dan kepala janin.

(3) Kontraksi uterus.

b) Kondisi janin

(1) Denyut jantung janin.

(2) Warna dan volume air ketuban.

(3) Moulase kepala janin.

c) Kondisi Ibu

(1) Tekanan darah, nadi, dan suhu badan.

(2) Volume urine.

(3) Obat dan cairan.

6. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012).

b. Penilaian Pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

1. Apakah bayi cukup bulan ?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
3. Apakah bayi menaangis atau bernapas ?
4. Apakah tonus otot baik

Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi. Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal.

c. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu :

1. Jaga kehangatan bayi
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu).
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan.
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir.
5. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
7. Beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

8. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K.

7. Masa Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi maupun bayinya
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu berkaitan dengan : gizi, menyusui, pemberian imunisasi pada bayinya , perawatan bayi sehat dan KB
- 4) Memberikan pelayanan KB

(Suherni, 2009)

c. Tahapan Masa Nifas

- 1) Puerperium dini

Masa kepulihan, yakni saat-saat dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan

2) Puerperium intermedial

Masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital kira-kira antara 6-8 minggu

3) Remot puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Suherni, 2009)

d. Frekuensi, waktu dan kunjungan

1) Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Memberi supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

- 2) Kunjungan kedua, 6 hari setelah persalinan
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
 - b) Evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi

3) Kunjungan ketiga, 2 minggu setelah persalinan

Sama seperti kunjungan hari keenam

4) Kunjungan keempat, 6 minggu setelah persalinan

- a) Menanyakan penyuli-penyulit yang ada
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

e. Perubahan fisiologi masa nifas

1) Perubahan uterus

Ukuran uterus mengecil kembali (setelah pasca persalinan, setinggi sekitar umbilicus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil

Tabel 2.12

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pst-simfisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba diatas simfisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni, 2009)

Segera setelah persalinan bekas implantasi plasenta berupa luka kasar dan menonjol ke dalam cavum uteri. Penonjolan tersebut diameternya kira-kira 7,5 cm. Sesudah 2 minggu diameternya berkurang menjadi 3,5 cm. pada minggu keenam mengecil lagi sampai 2,4cm dan akhirnya akan pulih kembali. Disamping itu, dari cavum keluar cairan secret berupa lochea. Ada beberapa jenisnya yaitu:

a) Lochea rubra

Ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (desidua yaitu selaput lendir rahim dalam keadaan hamil yang terdiri vernix caseosa, lanugo dan meconium) selama 2 hari pasca persalinan

b) Lochea sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Terjadi ada hari ke 3-7 pasca persalinan

c) Lochea serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan

d) Lochea alba

Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu

e) Lochea purulenta

Ini karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk

f) Lochiotosis

Lochea tidak lancar keluarnya

2) Perubahan vagina dan perineum

a) Vagina

Pada minggu ketiga vagina mengecil dan timbul rugae (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali

b) Perlukaan vagina

Perlukaan vagina ini lebih sering terjadi akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar.

c) Perubahan pada perineum

Robekan perineum umumnya terjadi digaris tangan dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari pada biasa, kepala janin melewati pintu atas panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumferensia suboksipito bregmatika

3) Perubahan pada sistem pencernaan

Sering terjadi konstipas pada ibu setelah melahirkan ini umumnya disebabkan karena makanan padat dan kurangnya berserat selama persalinan. Disamping itu rasa takut untuk

buang air besar sehubungan dengan jahitan pada perineum dan juga takut akan rasa nyeri. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah persalinan

4) Perubahan perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada

- a) Keadaan/status sebelum persalinan
- b) Lamanya kala 2 dilalui
- c) Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan

f. Perubahan Psikologi masa nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut.

a) *Fase Taking in*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyaman fisik seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur atau kelelahan merupakan sesuatu

yang tidak dapat dihidari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami seperti mudah tersinggung dan menangis.

b) *Fase Taking Hold*

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan dirinya dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jahitan, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga

dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisinya.

g. Asuhan Bidan Pada Ibu Nifas

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial serta memberikan semangat pada ibu
- 3) Membangun kepercayaan diri ibu dalam menjalankan peran sebagai ibu
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu termasuk pendidikan dalam menjalankan peran sebagai orang tua
- 5) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman serta membantu ibu dalam menyusui bayinya
- 6) Mendeteksi komplikasi dan berbagai kondisi yang memerlukan rujukan serta merespon terhadap kebutuhan ibu terutama pada saat-saat penting yaitu 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu
- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda bahaya, menjaga gizi yang baik serta mempraktikkan kebersihan yang aman

(Lockhart, 2014)

h. Manajemen Laktasi

1) Pengertian ASI eksklusif

Asi eksklusif adalah pemberian Air Susu Ibu pada bayi tanpa tambahan apapun minimal 6 bulan (Suherni, 2009).

2) Manfaat pemberian ASI

- Mengandung semua zat gizi dalam susunan dan jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi selama 3-4 bulan pertama.
- Tidak memberikan fungsi saluran pencernaan dan ginjal.
- Mengandung berbagai zat antibodi sehingga mencegah terjadinya infeksi.
- Mengandung laktoferin untuk mengikat zat besi.
- Tidak mengandung laktoglobulin yang dapat menyebabkan alergi.
- Ekonomis dan praktis, tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar serta bebas dari kuman.

(Suherni, 2009)

a) Manfaat pada Bayi

Pemberian ASI membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik. Kolostrum, susu jolong atau susu pertama yang mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi menjadi kuat. ASI mengandung campuran

yang tepat dan berbagai bahan makanan yang baik untuk bayi. ASI mudah dicerna oleh bayi. ASI saja, tanpa makanan tambahan lain merupakan cara terbaik untuk memberi makan bayi dalam enam bulan pertama kehidupan (Suherni, 2009).

b) Manfaat pada Ibu

Pemberian ASI membantu ibu memulihkan diri dari proses persalinannya. Pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan (hisapan pada puting susu merangsang keluarnya oksitosin alami yang membantu kontraksi rahim). Wanita yang menyusui bayinya akan lebih cepat pulih turun berat badannya dari berat badan yang bertambah semasa kehamilan. Ibu yang menyusui, yang haidnya belum muncul kembali akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil (kadar prolaktin yang tinggi menekan hormone FSH dan ovulasi). ASI adalah cara yang penting bagi Ibu untuk mencurahkan kasih sayangnya pada bayi dan membuat bayi merasa nyaman (Suherni, 2009).

c) Manfaat bagi semua orang

ASI selalu bersih dan bebas hama yang dapat menyebabkan infeksi. Pemberian ASI tidak menuntut persiapan khusus. ASI selalu tersedia dan gratis. Bila Ibu

memberi ASI bayinya pada waktu diminta (*on demand*), tanpa memberikan makanan tambahan, maka kecilkemungkinannya ia akan menjadi hamil dalam enam bulan pertama sesudah melahirkan. Ibu menyusui yang siklus menstruasinya belum pulih kembali, memperoleh perlindungan dari kemungkinan menjadi hamil (Suherni, 2009).

3) Cara menyusui yang benar

- a) Keluarkan sedikit ASI dari puting susu, kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola.
- b) Ibu berada pada posisi yang rileks dan nyaman.
- c) Jelaskan pada Ibu bagaimana teknik memegang bayinya.

Empat hal yang pokok, yaitu:

- (1) Kepala dan badan bayi berada pada satu garis.
 - (2) Muka bayi harus menghadap ke payudara, sedangkan hidungnya kearah puting susu.
 - (3) Ibu harus memegng bayinya berdekatan dengan ibu.
 - (4) Ibu harus menopang badan bayi bagian belakang, samping kepala dan bahu.
- d) Payudara dipegang dengan menggunakan ibu jari diatas sedangkan jari yang lainnya menopang bagian bawah payudara, serta gunakanlah ibu jari untuk membentuk puting

susu demikian rupa sehingga mudah memasukkannya ke mulut bayi.

- e) Berilah rangsangan pada bayi agar membuka mulut dengan cara menyentuh bibir bayi ke puting susu atau dengan menyentuh sisi mulut bayi.
- f) Tunggulah sampai bibir bayi terbuka cukup lebar.
- g) Setelah mulut bayi terbuka cukup lebar ,gerakan bayi segera ke payudara dan bukan sebaliknya ibu atau payudara ibuyang digerakkan ke mulut bayi.
- h) Arahkanlah bibir bawah bayi dibawah puting susu sehingga dagu bayi menyentuh payudara.
- i) Perhatikanlah selama menyusui.

(Suherni, 2009)

- 4) Ciri-ciri bayi menyusui dengan benar
 - a) Bayi tampak tenang.
 - b) Badan bayi menempel pada perut ibu.
 - c) Dagunya bayi menempel pada payudara.
 - d) Mulut bayi terbuka cukup lebar.
 - e) Bibir bawah bayi juga terbuka lebar.
 - f) Aerola yang kelihatan lebih luas dibagian atas dari pada di bagian bawah mulut.
 - g) Ketika bayi menghisap, hisapannya cukup dalam dan tidak berbunyi.

- h) Puting susu tidak terasa nyeri.
- i) Kepala dan badan bayi berada pada garis lurus.
- j) Kepala bayi tidak pada posisi tengadah.

(Suherni, 2009).

5) Tanda bayi cukup ASI

Ada beberapa kriteria yang dapat menjadi petunjuk kecukupan ASI pada bayi, yaitu: (Suherni, 2009)

- a) Sesudah menyusu bayi tampak puas, tidak menangis dan dapat tidur nyenyak.
- b) Selambat-lambatnya sesudah 2 minggu lahir, berat badan waktu lahir tercapai kembali. Penurunan berat badan selama 2 minggu sesudah lahir tidak melebihi 10% berat badan waktu lahir.
- c) Bayi tumbuh dengan baik.

8. Neonatus

a. Definisi Neonatus

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Walyani, 2014).

b. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Walyani, 2014).

Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan ASI eksklusif
 - c) Rawat tali pusat
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan ASI eksklusif
 - c) Cegah infeksi
 - d) Rawat tali pusat
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.
 - a) Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit
 - b) Lakukan :
 - (1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - (2) Berikan ASI eksklusif

(3) Rawat tali pusat

c. Tanda-tanda bahaya pada neonatus (Kemenkes RI,2010)

- 1) Bayi tidak mau menyusu
- 2) Kejang
- 3) Lemah
- 4) Sesak Nafas
- 5) Merintih
- 6) Pusing Kemerahan
- 7) Demam atau Tubuh Merasa Dingin
- 8) Mata Bernanah Banyak
- 9) Kulit Terlihat Kuning

d. Infeksi Tali Pusat

1) Pengertian

Pada keadaan infeksi berat, infeksi dapat menjalar hingga ke hati (hepar) melalui ligamentum (falsiforme) dan menyebabkan abses yang berlipat ganda. Pada keadaan menahun dapat terjadi granuloma pada umbilikus (Prawirohardjo, 2002).

Jika tali pusat bayi bernanah atau bertambah bau, berwarna merah, panas, bengkak, dan ada area lembut di sekitar dasar tali pusat seukuran uang logam seratus rupiah, ini merupakan tanda infeksi tali pusat (Sean, 2004).

Bayi yang terinfeksi tali pusatnya, pada tempat tersebut biasanya akan mengeluarkan nanah dan pada bagian sekitar pangkal tali pusat akan terlihat merah dan dapat disertai dengan edema. Pada keadaan yang berat infeksi dapat menjalar ke hati (hepar) melalui ligamentum falsiforme dan menyebabkan abses yang berlipat ganda. Pada keadaan menahun dapat terjadi granuloma pada umbilikus (Prawirohardjo:2002).

2) Diagnosa Banding

Diagnosis Klinis Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Adanya tanda-tanda infeksi di sekitar umbilikus seperti bengkak, kemerahan dan kekakuan. Pada keadaan tertentu ada lesi berbentuk impetigobullosa.

Diagnosis Banding

- (a) Tali pusat normal dengan akumulasi cairan berbau busuk, tidak ada tanda-tanda infeksi (pengobatan cukup dibersihkan dengan alkohol)
- (b) Granuloma-delayedepithelialization / Granuloma keterlambatan proses epitelisasi karena kauterisasi

3) Penanganan

tali pusat bayi terinfeksi oleh *Staphylococcus aureus*, sebagai pengobatan lokal dapat diberikan salep yang mengandung neomisin dan basitrasin. Selain itu juga dapat diberikan salep

gentamisin. Jika terdapat granuloma, dapat pula dioleskan dengan larutan nitras argenti 3% (Prawirohardjo,2002).

Berikut klasifikasi dan penanganan tali pusat menurut IDAI (2003) yaitu:

(a) Tali pusat lokal atau terbatas

- Biasakan untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang atau membersihkan tali pusat, untuk mencegah berpindahny kuman dari tangan.
- Bersihkan tali pusat menggunakan larutan antiseptik (misalnya klorheksidin atau iodium povidon 2,5%) dengan kain kassa yang bersih.
- Olesi tali pusat pada daerah sekitarnya dengan larutan antiseptik (misalnya gentian violet 0,5% atau iodium povidon 2,5%) delapan kali sehari sampai tidak ada nanah lagi pada tali pusat. Anjurkan Ibu melakukan ini kapan saja bila memungkinkan.
- Setelah dibersihkan, tali pusat dioleskan dengan salep antibiotik 3-4 kali sehari.
- Jika kemerahan atau bengkak pada tali pusat meluas melebihi area 1 cm, obati seperti infeksi tali pusat berat atau meluas.

(b) Infeksi Tali pusat meluas

- Rujuk bayi ke dokter dan tetap lakukan perawatan seperti infeksi tali pusat lokal atau terbatas. Oleh dokter akan dilakukan pemeriksaan tanda tanda sepsis pada bayi.
- Lakukan pemeriksaan laboratorium untuk pemeriksaan kultur dan sensitivitas.
- Dapat diberikan pemberian antibiotik sesuai indikasi seperti Kloksasilin oral selama lima hari
- Bila anak tampak sakit, harus dicek dahulu ada tidaknya tanda-tanda sepsis. Anak dapat diberikan antibiotik kombinasi dengan aminoglikosida. Bila tidak ada perbaikan, pertimbangkan kemungkinan *MeticillinResistanceStaphylococcus aureus* (MRSA).
- Lakukan perawatan umum seperti dijelaskan untuk infeksi tali pusat lokal atau terbatas.

9. Pelayanan Keluarga Berencana

a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan

anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin, 2010).

Tujuan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan dan ketahanan keluarga terutama yang diselenggarakan oleh industry masyarakat di daerah perkotaan dan pedesaan sehingga membudidaya dan melembaganya keluarga kecil berkualitas (Manuba Ida Ayu, 2012).

b. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk mengatur kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Saifuddin, 2013).

c. Asuhan bidan pada calon akseptor Keluarga Berencana

1) Memperlakukan klien dengan baik

Petugas bersikap sabar, memperlihatkan sikap menghargai setiap klien, menciptakan rasa percaya diri sehingga klien dapat berbicara secara terbuka dalam segala hal sekalipun masalah pribadi.

2) Memberikan informasi yang baik dan benar

Dengan apa yang disampaikan klien berarti petugas belajar mendengarkan informasi apa saja yang dibutuhkan oleh setiap klien.

3) Menghindari pemberian informasi yang berlebihan

Klien membutuhkan penjelasan yang cukup dan tepat untuk menentukan pilihan (*informed choice*). Namun tidak semua klien dapat menangkap semua informasi tentang berbagai jenis kontrasepsi. Terlalu banyak informasi yang diberikan akan menyebabkan kesulitan bagi klien dalam mengingat informasi yang penting.

4) Membahas metode yang diinginkan klien

Petugas membantu klien membuat keputusan mengenai pilihannya, dan harus tanggap terhadap pilihan klien meskipun klien menolak memutuskan atau menanggukkan penggunaan kontrasepsi. Didalam melakukan konseling petugas mengkaji apakah klien sudah mengerti mengenai jenis kontrasepsi, termasuk keuntungan dan kerugian serta cara penggunaannya.

5) Membantu klien untuk mengerti dan mengingat

Petugas memberi contoh alat kontrasepsi dan menjelaskan pada klien agar memahaminya dengan memperlihatkan bagaimana cara-cara penggunaannya. Misalnya dengan flip charts, poster, pamphlet atau halaman bergambar. Jika memungkinkan klien dapat membawa bahan-bahan tersebut ke

rumah. Ini akan membantu klien mengingat apa yang harus dilakukan juga dapat memberitahu kepada orang lain.

d. Macam-macam kontrasepsi

1) Metode keluarga berencana alamiah (KBA)

a) Tanpa alat

(1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif

(2) Teknik pantang berkala

Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina.

(3) Simtothermal

kontrasepsi dengan mengamati suhu tubuh dan lendir servik untuk menentukan masa subur

(4) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi

b) Dengan alat

(1) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual

(2) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks

(3) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, suppositiria dan krim.

2) PIL

a) Pil progestin (minipil)

(1) Jenis minipil

Kemasan dengan 35 pil (300 μ g levonogestrel atau 350 μ g noretindron) dan kemasan isi 28 pil (75 μ g desogestrel)

(2) Keuntungan

(a) Keuntungan kontrasepsi

Sangat efektif, Tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, kesuburan cepat kembali, dapat dihentikan setiap saat, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping dan tidak mengandung estrogen

(b) Keuntungan nonkontrasepsi

Mengurangi nyeri haid dan jumlah darah haid, menurunkan tingkat anemia, mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, tidak meningkatkan pembekuan darah, dan dapat diberikan pada penderita endometriosis

(3) Keterbatasan

Peningkatan/penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari dalam waktu yang sama, bila lupa satu pil kegagalan menjadi lebih besar, tidak melindungi dari HIV/AIDS dan payudara menjadi tegang, mual, pusing dermatitis atau jerawat

(4) Indikasi

Usia reproduksi, pascapersalinan dan tidak menyusui, pasca keguguran, perokok segala usia , mempunyai

tekanan darah tinggi dan dengan masalah pembekuan darah

(5) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginalis yang belum jelas penyebabnya, gangguan haid, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, sering lupa menggunakan pil dan riwayat stroke

(6) Efek samping

Amenorea dan perdarahan tidak teratur/spotting.

b) Pil kombinasi (hormone estrogen dan progesterone)

(1) Jenis pil

(a) Monofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

(b) Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

(c) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

(2) Manfaat

- (a) memiliki efektivitas yang tinggi (1 perempuan per 1000 perempuan dalam tahu pertama penggunaan)
- (b) risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
- (e) dapat digunakan jangka panjang
- (f) mudah dihentikan setiap saat
- (g) kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (h) dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat

(3) Keterbatasan

Mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari, perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama, pusing dan nyeri payudara, berat badan naik sedikit, tapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif, tidak boleh

diberikan pada ibu yang menyusui, dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan dan tidak mencegah IMS

(4) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pascakeguguran, anemia karena haid berlebihan, riwayat kehamilan ektopik dan kelainan payudara jinak dan kencing manis, penyakit tiroid, penyakit radang panggul dan tumor ovarium jinak

(5) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, penyakit hati akut, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginal yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, riwayat penyakit jantung, stroke dan tekanan darah tinggi

(6) Efek samping

Amenorea, mual, pusing atau muntah (akibat reaksi anafilatik) dan perdarahan pervaginam/spotting

3) Suntikan

a) Suntikan progestin

Kb suntik progestin adalah kontrasepsi suntikan yang mengandung hormon progesteron.

(1) Jenis-jenisnya

(a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera)

Yang mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular

(b) Noretisteron (Depo Noristerat)

Yang mengandung 200 mg Norestindron Enantat diberikan setiap 2 bulan dengan dengan cara disuntik intramuscular

(2) Keuntungan

Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, sedikit efek samping dan tidak mengandung estrogen, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause dan membantu mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, jinak payudara, penyakit radang panggul serta menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell)

(3) Keterbatasan

Gangguan haid, klien bergantung pada sarana pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-

waktu sebelum suntikan berikut, permasalahan berat badan, tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, terlambatnya kembali kesuburan, pada jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang dan dapat menimbulkan kekeringan pada vagina

(4) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, menyusui, setelah melahirkan dan tidak menyusui, telah banyak anak, setelah abortus, tekanan <180/110 mmHg, sering lupa pil, dan anemia defisiensi besi serta mendekati usia menopause

(5) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, penyakit hati akut, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, gangguan haid terutama amenorea, kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan Diabetes mellitus disertai komplikasi

(6) Efek samping

Amenorea, perdarahan atau perdarahan bercak/*spotting* dan meningkatnya atau menurunnya berat badan

b) Suntikan kombinasi

(1) Jenisnya

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron asetat dan 5mg. estradiolsipionat yang diberikan injeksi intramuscular, sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg Noretindron Enantat dan % mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi intramuskular sebulan sekali

(2) Keuntungan

(a) Kontrasepsi

Risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak diperlukan periksa dalam, jangka panjang, efek samping kecil dan klien tidak perlu menyimpan obat progestin

(b) Nonkontrasepsi

Mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi nyeri haid, mencegah anemia pencegahan kanker ovarium dan kanker endometrium, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik, dan melindungi dari penyakit radang panggul

(3) Kerugian

Terjadi perubahan pada pola haid, ketergantungan terhadap pelyanan kesehatan, dapat terjadi efek samping serius, penambahan berat badan, tidak menjamin perlindungan IMS, dan terlambatnya pemulihan kesuburan serta adanya keluhan seperti mual, sakit kepala dan nyeri payudara ringan

(4) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki, ingin kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusui pascapersalinan >6 bulan, setelah melahirkan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik dan sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(5) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan, penyakit hati akut, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, usia >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke dan tekanan darah tinggi, riwayat diabetes mellitus >20 tahun, dan kelainan pembuluh darah serta keganasan pada payudara

(6) Efek samping

Amenorea, mual, pusing atau muntah dan perdarahan atau perdarah bercak/spotting

4) Implant

a) Jenis-jenisnya

(1) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun

(2) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameternya 2 mm yang diisi dengan 30 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun

(3) Jadena atau indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun

b) Keuntungan

(1) Kontrasepsi

Daya guna tinggi Risiko terhadap kesehatan kecil, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat, tidak

diperlukan periksa dalam, bebas estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu asi, dan hanya perlu ke klinik bila ada keluhan dan pencabutan

(2) Nonkontrasepsi

Mengurangi nyeri haid dan jumlah darah haid, memperbaiki anemia, melindungi dari kanker endometrium, mengurangi penyakit payudara jinak dan melindungi penyakit radang panggul

c) Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid serta amenorea

d) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki, ingin kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusuidan membutuhkan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pasca keguguran, tidak menginginkan anak lagi tapi menolak sterilisasi, riwayat kehamilan ektopik, tekanan darah >180/110 mmHg dan

tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.

e) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid, miom uterus dan gangguan toleransi glukosa

f) Efek samping

Perdarahan bercak (*spotting*) ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi dan berat badan naik atau turun

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Jenis-jenisnya

Kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) dan NOVA T (Schering)

b) Keuntungan

Efektivitasnya tinggi, dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan dan membantu mencegah kehamilan ektopik

c) Kerugian

(1) Efek samping

Perubahan siklus haid (pada umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi dan saat haid lebih sakit

(2) Komplikasi

Merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid dan perforasi dinding uterus

(3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

(4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

(5) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR

(6) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR dan klien tidak dapat melepas ADR sendiri

(7) Mungkin AKDR eluar dari uterus tanpa diketahui

(8) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik

(9) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu

d) Indikasi

Usia reproduksi, keadaan nulipara, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pasca keguguran, resiko rendah dari IMS, tidak menghendaki metode hormonal, dan untuk segala kemungkinan misalnya perokok, pasca keguguran, sedang memakai antibiotika, gemuk atau kurus dan sedang menyusui

Begitujuga dalam keadaan seperti timor jinak payudara, penderita kanker payudara, pusing-pusing, tekanan darah tinggi, varices ditungkai atau vulva, penderita penyakit jantung, riwayat stroke, penderita diabetes, malaria, penyakit tiroid, epilepsy, nonpelvik TBC dan setelah kehamilan ektopik serta pembedahan pelvik

e) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, sedang menderita infeksi alat genital, 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal, penyakit trofoblas yang ganas, menderita TBC pelvic, kanker alat genital dan ukuran rongga panggul <5cm

f) Efek samping

Amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang serta adanya pengeluaran cairan dari vagina

6) Kontrasepsi steril

a) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan

b) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus

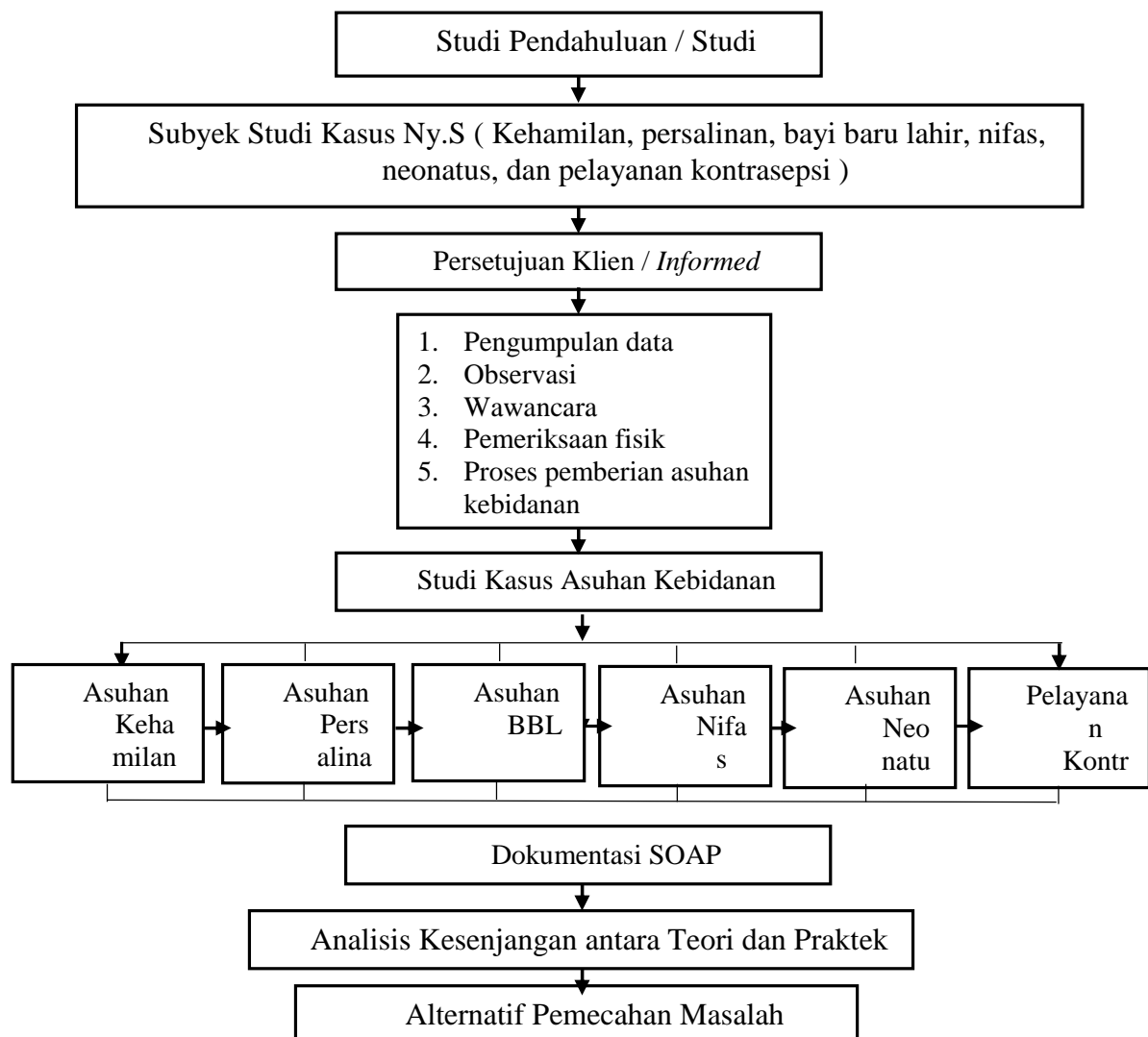
Rancangan studi kasus adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan studi kasus itu (Nasution, 2007). Rancangan dalam studi kasus ini adalah studi kasus yang secara menyeluruh berisi hasil wawancara yang menggunakan pertanyaan-pertanyaan terbuka dengan menanyakan kelengkapan identitas, riwayat perkawinan, riwayat penyakit, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB.

Data yang didapat dalam wawancara digunakan untuk pengkajian awal terhadap Ny. S dan observasi yang dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada kunjungan masa kehamilan trimester III serta pemeriksaan yang berkesinambungan pada proses persalinan, nifas, neonatus dan KB pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (*continuity of care*). Studi kasus atau *case study* pada laporan tugas akhir ini adalah studi kasus yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Studi Kasus

Kerangka konsep studi kasus pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui studi kasus yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005).

Kerangka kerja penulisan studi kasus dimulai dari penjarangan dan pengkajian subjek studi kasus, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi hasil asuhan. Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus

C. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Nursalam, 2009). Pada studi kasus ini subyek yang diteliti adalah ibu hamil trimester III dengan atau tanpa resiko.

Subyek studi kasus yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₂P₀₀₁₀ dengan usia kehamilan 36 minggu 5 hari, yang akan diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan Dan Analisis Data

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (continuity of care) berlangsung. Adapun teknik pengambilan datanya adalah:

a. Observasi

Menurut (Nursalam, 2009) mengatakan bahwa “Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu”. Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

b. Wawancara

Menurut Berger dalam (Nursalam, 2009) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

c. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi secara “head to toe” yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

d. Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Laporan Tugas Akhir ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya.

2. Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada studi kasus ini mengubah data hasil studi kasus menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

E. Etika Studi Kasus

1. Respect for person

Prinsip ini menekankan pemberi asuhan harus menghormati klien dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Setiap individu memiliki hak dan kemampuan untuk memutuskan bagi dirinya sendiri dan memiliki hak untuk mendapat *informed consent*.

Telah dilakukan *informed consent* pada Ny.S dan Ny.S telah menyetujui untuk ikut serta dalam pelaksanaan studi kasus ini secara sadar dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan tanpa paksaan dari pihak manapun.

2. Beneficence dan non maleficence

Beneficence dan non maleficence menekankan pencegahan pada terjadinya risiko, dan melarang perbuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Ny.S mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Dalam memberikan asuhan pada Ny.S dilakukan secara hati-hati tanpa membahayakan klien dan setiap pemberian asuhan didampingi oleh pembimbing yang berkompeten dibidangnya. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan *hand hygiene* / mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti handscoon.

3. *Justice*

Prinsip *justice* menekankan pada saat seleksi subjek penelitian harus adil dan seimbang. Pemberi asuhan juga harus memberikan perhatian secara khusus pada subjek pelaksanaan studi kasus.

Subjek yang telah dipilih adalah Ny.S karena sesuai dengan kriteria pelaksanaan studi kasus dan Ny.S telah bersedia ikut serta dalam pelaksanaan studi kasus ini. Ny.S telah mendapat perhatian khusus dengan asuhan yang diberikan secara komprehensif dan mendapatkan saran penyelesaian masalah yang dialami dengan berkolaborasi bersama dr.Obgyn.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Hasil pengkajian klien dan perencanaan asuhan

1. Asuhan Kebidanan Ante Natal Care kunjungan ke-I

Tanggal : Rabu, 27 Maret 2017

Pukul : 16.30 WITA

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

Langkah I (Pengkajian)

1) Identitas

Nama klien : Ny.S Nama suami : Tn.F

Umur : 26 tahun Umur : 27 tahun

Suku : Jawa Suku : Jawa

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SD Pendidikan : SMK

Pekerjaan : SMK Pekerjaan : Karyawan

Swasta

Alamat : Jl. A.W.S RT 01 No.14 Kelurahan Batu
Ampar

5) Keluhan

Ibu mengatakan sering merasa lelah, sering Buang air kecil dan nyeri pada pinggang bagian belakang

6) Riwayat obstetric dan ginekologi

Riwayat menstruasi

a) HPHT / TP : ? Juli 2016 , TP USG 29 April 2017

b) Umur kehamilan : 36 minggu 5 hari (USG)

c) Lamanya : \pm 7 hari

d) Banyaknya : 2 - 3 kali ganti pembalut

e) Konsistensi : Cair, kadang bergumpal

f) Siklus : 28 hari

g) Menarche : 12 tahun

h) Teratur / tidak : Tidak teratur

i) Dismenorrhea : Tidak Ada

j) Keluhan lain : Tidak Ada

7) Flour albus

a) Banyaknya : tidak ada

b) Warna : tidak ada

c) Bau/gatal : tidak ada

8) Tanda – tanda kehamilan

a) Test kehamilan : PP Test

- b) Tanggal : ? Agustus 2016
- c) Hasil : Positif (+) hamil
- d) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu :Usia kehamilan 5 bulan
- e) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10 kali

9) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- a) Mioma uteri : Tidak Ada
- b) Kista : Tidak Ada
- c) Mola hidatidosa : Tidak Ada
- d) PID : Tidak Ada
- e) Endometriosis : Tidak Ada
- f) KET : Tidak Ada
- g) Hydramnion : Tidak Ada
- h) Gemelli : Tidak Ada
- i) Lain – lain : Tidak Ada

10) Riwayat kehamilan

G₂P₀₀₁₀

Kehamilan I : BO, curettage tahun 2016

Kehamilan II : Hamil Ini

11) Riwayat imunisasi

- a) Imunisasi Catin : Tidak Tempat : Tidak Tanggal : Tidak
- b) Imunisasi TT I : Tidak Tempat : Tidak Tanggal : Tidak
- c) Imunisasi TT II : Tidak Tempat : Tidak Tanggal : Tidak

12) Riwayat kesehatan

- a) Penyakit jantung : Tidak Ada
- b) Hipertensi : Tidak Ada
- c) Hepar : Tidak Ada
- d) DM : Tidak Ada
- e) Anemia : Tidak Ada
- f) PSM/HIV/AIDS : Tidak Ada
- g) Campak : Tidak Ada
- h) TBC : Tidak Ada
- i) Gangguan mental : Tidak Ada
- j) Operasi : Tidak Ada
- k) Hemorrhoid : Tidak Ada
- l) Lain-lain : Tidak Ada

13) Alergi

- a) Makanan : Tidak Ada
- b) Obat – obatan : Tidak ada

14) Keluhan selama hamil

- a) Rasa lelah : Ada
- b) Mual dan muntah : Tidak Ada
- c) Tidak nafsu makan : Tidak Ada
- d) Sakit kepala/pusing : Tidak Ada
- e) Penglihatan kabur : Tidak Ada
- f) Nyeri perut : Tidak Ada

- g) Nyeri waktu BAK : Tidak Ada
- h) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak Ada
- i) Perdarahan : Tidak Ada
- j) Haemoroid : Tidak Ada
- k) Nyeri pada tungkai : Tidak Ada
- l) Oedema : Tidak Ada
- m) Lain-lain : Nyeri pinggang dan sering Buang air kecil

12) Riwayat persalinan yang lalu

4.1 Tabel Riwayat Persalinan yang lalu

Anak ke			Kehamilan			Persalinan			Anak		
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyakit	Jejask	Penolong	Penyakit	Jejask	B		Kedanaan
1	BO, curretage tahun 2016										
2	Hamil ini										

13) Riwayat menyusui

Anak I : belum pernah Lamanya : 0 hari Alasan : BO

Anak II : belum pernah Lamanya : 0 hari Alasan : Hamil ini

14) Riwayat KB

a) Pernah ikut KB : tidak ada

b) Jenis kontrasepsi

yang pernah digunakan : tidak ada

c) Lama pemakaian : tidak ada

d) Keluhan selama pemakaian : tidak ada

e) Tempat pelayanan KB : tidak ada

f) Alasan ganti metode : tidak ada

g) Ikut KB atas motivasi : tidak ada

15) Kebiasaan sehari – hari

a) Merokok sebelum / selama hamil : Tidak pernah

b) Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : Ibu jarang meminum tablet Fe/ tidak pernah mengonsumsi jamu selama ataupun sebelum hamil.

c) Alkohol : Tidak pernah

d) Makan / diet

Jenis makanan :Nasi 2-3 centong, lauk-pauk tempe/telur/ikan/ayam, sayuran bayam kangkung/sop), susu, buah semangka /pisang (terkadang)

Frekuensi : 2-3 kali/ hari

Porsi : Sedang

Pantangan : Tidak ada

Perubahan makan : Nafsu makan bertambah

16) Defekasi / miksi

a) BAB

- (1) Frekuensi : 2-3 kali Sehari
- (2) Konsistensi : Lunak
- (3) Warna : Kuning kecoklatan
- (4) Keluhan : Tidak Ada

b) BAK

- (1) Frekuensi : >7 x/hari
- (2) Konsistensi : Cair
- (3) Warna : Kuning
- (4) Keluhan : Tidak Ada

17) Pola istirahat dan tidur

Siang : \pm 1 jam

Malam : \pm 7-8 jam

18) Pola aktivitas sehari – hari

Di dalam rumah : Pekerjaan rumah tangga

Di luar rumah : tidak ada

19) Pola seksualitas

Frekuensi : 3-4x/minggu

Keluhan : Tidak ada

20) Riwayat Psikososial

a) Pernikahan

(1) Status : Menikah

(2) Yang ke : 2

(3) Lamanya : \pm 1 tahun

(4) Usia pertama kali menikah : 25 tahun

b) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : Cukup, ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan.

c) Respon ibu terhadap kehamilan : Senang

d) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : ibu menerima apapun jenis kelamin calon bayinya, yang terpenting bayinya sehat.

e) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja.

f) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak Ada

g) Pantangan selama kehamilan : Tidak Ada

h) Persiapan persalinan

(1) Rencana tempat bersalin : RSKD

(2) Persiapan ibu dan bayi : Sudah Ada

21) Riwayat kesehatan keluarga

a) Penyakit jantung : Tidak Ada

- b) Hipertensi : Ada
- c) Hepar : Tidak Ada
- d) DM : Tidak Ada
- e) Anemia : Tidak Ada
- f) PSM / HIV / AIDS : Tidak Ada
- g) Campak : Tidak Ada
- h) Malaria : Tidak Ada
- i) TBC : Tidak Ada
- j) Gangguan mental : Tidak Ada
- k) Operasi : Tidak Ada
- l) Bayi lahir kembar : Tidak Ada
- m) Lain-lain : Tidak Ada

22) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum : Baik
 - Berat badan
Sebelum hamil: 65 kg
Saat hamil : 85 kg
 - Tinggi badan : 158,5 cm
 - Lila : 29 cm
 - Kesadaran : Compos Mentis
 - Ekspresi wajah : Tidak pucat
 - Keadaan emosional: Stabil
- b) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 80x/menit
- Suhu : 36,6°C
- Pernapasan : 24x/menit

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

(1) Kepala

- (a) Kulit kepala : tampak bersih, tidak ada infeksi kulit dan ketombe
- (b) Kontriksi rambut : hitam lebat
- (c) Distribusi rambut : bergelombang
- (d) Lain – lain : tidak ada

(2) Mata

- (a) Kelopak mata : tampak tidak oedema
- (b) Konjungtiva : tampak tidak pucat
- (c) Sklera : tampak tidak ikterik

(3) Muka

- (a) Kloasma gravidarum : tidak tampak
- (b) Oedema : tidak tampak
- (c) Pucat / tidak : tidak tampak pucat
- (d) Lain – lain : tidak ada

(4) Mulut dan gigi

- (a) Gigi geligi : tampak dan ada yang tanggal

(b) Mukosa mulut : tampak bersih, tidak tampak

lesi dan stomatitis serta bibir

tidak pecah-pecah

(c) Caries dentis : tampak caries dentis

(d) Geraham : tampak bersih, ada 1 gigi

geraham kiri bawah yang

tanggal

(e) Lidah : bersih, tampak tidak pucat

dan tidak ada lesi

(5) Leher

(a) Vena jugularis : tidak tampak pembesaran

(b) Kelenjar tiroid : tidak tampak pembesaran

(c) Kelenjar getah bening : tidak tampak pembengkakan

(6) Dada

(a) Bentuk mammae : tampak simetris

(b) Retraksi : tidak tampak retraksi

(c) Puting susu : tampak menonjol

(d) Areola : tampak menghitam dan lebar

(e) Lain-lain : tidak ada

(7) Punggung ibu

Bentuk /posisi : Lordosis

(8) Perut

- (a) Bekas operasi : tidak tampak
- (b) Striae : tidak tampak
- (c) Pembesaran : tidak sesuai dengan usia

kehamilan

- (d) Asites : tidak tampak
- (e) Lain-lain : tidak ada

(9) Vagina

Tidak dilakukan

10) Ekstremitas

- (a) Oedema : tidak tampak oedema
- (b) Varises : tidak tampak adanya varises
- (c) Turgor : baik, kembalinya cepat
- (d) Lain – lain : tidak ada

Palpasi

(2) Leher

- (a) Vena jugularis : tidak teraba pembesaran
- (b) Kelenjar getah bening : tidak teraba pembengkakan
- (c) Kelenjar tiroid : tidak teraba pembesaran
- (d) Lain – lain : tidak ada

(3) Dada

- (a) Mammae : tidak teraba retraksi,
putting susu menonjol
- (b) Massa : tidak teraba massa
- (c) Konsistensi : lunak

(d) Pengeluaran Colostrum : belum ada

(e) Lain-lain : tidak ada

(4) Perut

(a) Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ px-sympisis.36cm. Bagian atas teraba lunak dan tidak melenting (bokong)

(b) Leopold II : bagian kiri teraba kecil-kecil dan putus-putus (ekstermitas) dan bagian kanan teraba datar dan memanjang serta ada tahanan (punggung)

(c) Leopold III : bagian bawah teraba bulat dan melenting (kepala)

(d) Leopold IV : sudah masuk PAP (divergen)

(e) Lain-lain : TBJ : 2459 gr (USG 20/3/17)

(5) Tungkai

(a) Oedema

Tidak Ada

(b) Varices

Tidak Ada

(6) Kulit

Turgor : kembalinya cepat yaitu 1 detik

Auskultasi

(1) Paru – paru

(a) Wheezing : tidak terdengar wheezing

(b) Ronchi : tidak terdengar ronchi

(2) Jantung

(a) Irama : teratur

(b) Frekuensi : 80x/menit

(c) Intensitas : sedang

(d) Lain-lain : tidak ada

(3) Perut

DJJ

(a) Punctum maksimum : dibawah pusat ibu sebelah kanan

(b) Frekuensi : 135 x/menit

(c) Irama : teratur

(d) Intensitas : sedang

Perkusi

(1) Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : positif

Kiri : positif

(2) Lain – lain : tidak ada

Pemeriksaan Khusus

(2) Pemeriksaan dalam

Tidak dilakukan

(3) Pelvimetri klinik

Tidak dilakukan

(4) Ukuran panggul luar

- a) Distansia spinarum : 24 cm
- b) Distansia kristarum : 26 cm
- c) Conjugata eksterna : 24 cm
- d) Lingkar panggul : 107 cm
- e) Kesan panggul : Ginekoid

Pemeriksaan laboratorium

- a) Darah Tanggal : 27 Maret 2017
 - (1) Hb : 10,9 mg/dL
 - (2) Golongan darah : B
 - (3) Lain – lain : tidak ada
- b) Urine Tanggal : Tidak dilakukan
- c) Pemeriksaan penunjang Tanggal : 20 Maret 2017
 - (1) USG : TP 29 April 2017, posisi bayi letak kepala
 - (2) X – Ray : tidak dilakukan
 - (3) Lain – lain : tidak dilakukan

2. Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa	Dasar
<p>²P₀₀₁₀ Hamil 36 minggu 5 hari, janin tunggal hidup intra uterin.</p>	<p>S = Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua namun anak pertama, pernah keguguran 1x pada kehamilan pertama karena BO, HPHT pada tanggal ? Juli 2016, ibu mengatakan sering merasa lelah dan sering buang air kecil serta nyeri pada pinggang belakang</p> <p>O = 1) Ku= Baik, Kes= compos mentis TB=158,5 cm, LILA = 29 cm</p> <p>BB sebelum hamil= 65 kg, BB sewaktu hamil= 85 kg</p> <p>IMT BB sebelum hamil 25,89</p> <p>(kenaikan BB ± 20 kg → Normal 11,5-16 Kg)</p>

	<p style="text-align: center;">TP USG = 29 April 2017</p> <p>2) TTV</p> <p style="text-align: center;">TD= 110/70 mmHg, N= 80x/menit</p> <p style="text-align: center;">RR=24x/menit, T=36.6°C, TB=158.5 cm</p> <p>3) Mata : tidak oedema, tidak pucat dan tidak ikterik</p> <p>4) Dada : tampak menghitam pada aerola,tidak ada retraksi dan massa, puting susu sebelah kiri terbelah dan kanan menonjol serta belum ada colostrum</p> <p>5) Abdomen : terdapat linea nigra Palpasi Leopold L I : ½ px-sympisis (28cm) teraba bokong L II : punggung kanan L III: teraba kepala L IV : kepala sudah masuk PAP (divergen) TBJ : 2459 gr (USG tanggal 20 maret 2017)</p> <p>6) Auskultasi DJJ (+) 135 x/menit, irama teratur, intensitas kuat.</p> <p>7) Ekstermitas : tidak terdapat varises, tidak oedema, refleks patella positif.</p> <p>Pemeriksaan Labolatorium Hb = 10,9 gr/dL</p>
Masalah	Dasar

<ol style="list-style-type: none"> 1) Sering merasa lelah 2) Sering BAK 3) Nyeri pinggang bagian belakang 4) TFU tidak sesuai usia kehamilan 5) Peningkatan berat badan berlebihan 	<p>S = Ibu mengatakan merasa lelah, sering BAK dan nyeri pada pinggang bagian belakang</p> <p>O = TD= 110/70 mmHg, N= 80x/menit. RR=24x/menit, T=36,6°C, Hb=10,9 gr/dL</p> <p>UK = 36 minggu 5 hari</p> <p>TFU = 28 cm, EFW = 2.622 gram</p> <p>TBJ= 2.635 gram (TBJ USG tanggal 20 maret 2017 =2459 gr)</p> <p>BB sebelum hamil= 65 kg,</p> <p>BB sewaktu hamil= 85 kg</p> <p>IMT BB sebelum hamil 26</p> <p>(kenaikan BB ± 20 kg → Normal11,5-16 Kg)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Langkah III.

Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Masalah Potensial : Pre Eklamsi Ringan

Antisipasi

Asuhan Mandiri :

1. Lakukan pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital (tekanan darah) untuk melakukan deteksi dini kemungkinan terjadinya kenaikan tekanan darah yang dapat menyebabkan pre eklamsi pada ibu hamil.
2. Lakukan pemantauan kenaikan berat badan pada ibu hamil
3. Anjurkan Ibu untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat seperti sayur, buah-buahan untuk mempertahankan kenaikan BB janin.

Asuhan Kolaborasi :

- a) Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan USG

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

4. Langkah IV

Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak Ada

5. Langkah V

Menyusun Rencana Yang Menyeluruh

- a) Memberitahu hasil pemeriksaan
- b) Jelaskan mengenai kehamilan :
 - 1) Pengertian kehamilan
 - 2) Perubahan fisiologis dalam kehamilan Trimester III
 - 3) Tanda bahaya dalam kehamilan
 - 4) Kebutuhan dasar ibu hamil

- c) Jelaskan mengenai bahaya kenaikan berat badan yang berlebihan dalam kehamilan
- d) Jelaskan mengenai Pre Eklamsi
- e) Pantau Kenaikan berat badan ibu hamil perminggunya
- f) Lakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu
- g) Lakukan pemeriksaan fisik terutama Tanda-tanda vital
- h) Anjurkan ibu mengonsumsi Zat Besi (Tablet Fe)
- i) Anjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering

6. Langkah VI

Pelaksanaan Langsung Asuhan / Implementasi

- a) Mmberitahu hasil pemeriksaan

Ku= Baik, Kes= compos mentis, TB=158,5 cm, LILA = 29 cm

BB sebelum hamil= 65 kg,

BB sewaktu hamil= 85 kg

IMT BB sebelum hamil 26 (kenaikan BB \pm 20 kg \rightarrow Normal 11,5-16 Kg)

TP USG = 29 April 2017

TD= 110/70 mmHg, N= 80x/menit

RR=24x/menit, T=36.6°C, TB=158.5 cm

Mata : tidak oedema, tidak pucat dan tidak ikterik

Dada : tampak menghitam pada aerola, tidak ada retraksi dan massa, putting susu sebelah kiri terbelah dan kanan menonjol serta belum ada colostrum

Abdomen : terdapat linea nigra

Palpasi Leopold L I :TFU $\frac{1}{2}$ px-symphisis (28cm) bagian atas teraba

bokong

L II : Teraba bagian punggung di sebelah kanan dan
esktremitas di sebelah kiri

L III: Teraba kepala dibagian bawah

L IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen)

TBJ : 2459 gr (USG tanggal 20 maret 2017)

Auskultasi

DJJ (+) 135 x/menit, irama teratur, intensitas kuat.

Ekstermitas : tidak terdapat varises, tidak oedema, refleks patella positif.

Pemeriksaan Labolatorium

Hb = 10,9 gr/dL

b) Jelaskan mengenai kehamilan (Pengertian,Perubahan fisiologis dalam kehamilan Trimester III,Tanda bahaya dalam kehamilan dan Kebutuhan dasar ibu hamil)

- 1) Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi
- 2) Perubahan Fisiologi pada Kehamilan Trimester III

(a) Sistem reproduksi

Pada trimester III istmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).

(b) Sistem Traktus Urinarius

Karena turunnya kepala pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih.

(c) Sistem Respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.

(d) Sistem muscoloskeletal

Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*realignement*) kurvatura spinalis.

3) Tanda Bahaya Kehamilan

(a) Perdarahan pervaginam

(b) Sakit kepala yang hebat

(c) Penglihatan kabur

(d) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

(e) Keluar cairan pervaginam

(f) Gerakan janin tidak terasa

(g) Nyeri abdomen yang hebat

4) Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

(a) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat. Pada trimester III, janin membesar dan menekan

diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

(b) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).

(c) Zat Besi

satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan (Saifuddin, 2010).

(d) Personal Hygiene

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan

(e) Eliminasi

Dianjurkan minum 8-12 gelas cairan setiap hari agar produksi air kemih cukup.

(f) Senam Hamil

Senam hamil di mulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal.

(g) Imunisasi

Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

- c) Jelaskan mengenai bahaya kenaikan berat badan yang berlebihan dalam kehamilan

Kenaikah berat badan yang berlebihan dalam masa kehamilan dapat menyebabkan ibu mengalami hipertensi kehamilan atau pre eklamsi

- d) Jelaskan mengenai Pre Eklamsi
- e) Preeklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria, dan edema yang Anjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering timbul karena kehamilan.
- f) Pantau Kenaikan berat badan ibu hamil perminggunya
- g) Lakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu
- h) Lakukan pemeriksaan fisik terutama Tanda-tanda vital
- i) Anjurkan ibu mengonsumsi Zat Besi (Tablet Fe)

7. Langkah VII (Evaluasi)

Tanggal 12 April 2017

Pukul : 15.00 WITA

- a) Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
- b) Ibu telah memahami pengertian kehamilan, dapat menyebutkan semua perubahan fisiologis dalam kehamilan, dapat menyebutkan 5 dari 7 tanda bahaya kehamilan dan dapat menyebutkan 5 dari 7 kebutuhan dasar ibu hamil

- c) Ibu telah memahami dampak kenaikan berat badan yang berlebihan pada ibu hamil
- d) Ibu telah memahami apa itu preeklamsi
- e) Memantau kenaikan berat badan ibu perminggunya
- f) Melakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu
- g) Melakukan pemeriksaan fisik terutama Tanda-Tanda Vital
- h) Ibu bersedia mengonsumsi Tablet Fe secara rutin
- i) Ibu bersedia untuk makan sedikit tapi sering yaitu dengan makan 3 kali sehari dengan porsi sedang

Dokumentasi SOAP

ANC Kunjungan I usia kehamilan 36 minggu 5 hari

Tanggal / waktu pengkajian: Senin, 27 Maret 2017 Pukul : 16.30 WITA

Nama Pengkaji : Yoany Agustin Pramudhita

Tempat : Jl. A.W.S RT 01 No.14 Kelurahan Batu Ampar.

S :-Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah 1 kali keguguran dan abortus karena BO, HPHT : ? Juli 2016. Ibu mengatakan PP test (+) positif bulan Agustus. Ibu mengatakan sering buang air kecil, merasa lelah dan nyeri pinggang bagian belakang.

O : KU : Baik, Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 110/ 70 mmHg, N: 80x/ menit, RR : 24x/ menit, T : 36,6 °C,

TB : 158,5 cm, Lila : 29 cm

Berat badan :

Sebelum hamil : 65 kg, Sekarang : 85 kg

IMT : $65/(1,585)^2 = 65/2.5122 = 25,87$ (IMT masuk dalam kategori normal)

Total berat badan yang disarankan adalah 11,5 kg – 16 kg.

Kenaikan berat badan ibu selama hamil 20 kg.

TP USG : 29 April 2017

Palpasi

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (-)

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Palpasi Leopold

LI :TFU $\frac{1}{2}$ px - pusat (28 cm), bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. TBJ : 2635 gram (TBJ USG tanggal 20 maret 2017=2459 gr)

LII :Bagian perut ibu sebelah kanan teraba keras datar seperti papan (punggung), sebelah kiri teraba bagian kecil janin

LIII :Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP

L IV :Divergen

Auskultasi

DJJ (+) 135 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat

Perkusi

Refleks Patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

Pemeriksaan penunjang : Hb : 10,9 gr/dL

A: Diagnosis : G₂P₀₀₁₀ Hamil 36 minggu 5 hari, janin tunggal
hidup intra uterin, presentasi kepala.

Masalah : Peningkatan berat badan berlebihan (>16 Kg)
melebihi normal

Masalah Potensial : Pre Eklamsi Ringan

Tindakan Antisipasi :

Asuhan Mandiri :

1. Lakukan pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital (tekanan darah) untuk melakukan deteksi dini kemungkinan terjadinya kenaikan tekanan darah yang dapat menyebabkan pre eklamsi pada ibu hamil.
- 2) Lakukan pemantauan kenaikan berat badan pada ibu hamil
- 3) Anjurkan Ibu untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat seperti sayur, buah-buahan untuk mempertahankan kenaikan BB janin.

Asuhan Kolaborasi :

- a) Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan USG

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

P : **4.2 Tabel intervensi kunjungan ANC I**

Tanggal 27 Maret 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, namun peningkatan berat badan ibu terlalu berlebihan; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini.	
2.	16.40 WITA	Menjelaskan mengenai perubahan fisiologis Ibu Hamil trimester III	
3.	16.45 WITA	Menganjurkan ibu untuk memperbanyak mengonsumsi makanan yang mengandung serat	
4.	16.50 WITA	Melakukan pemantauan kenaikan berat badan dan tekanan darah setiap minggu.	
5.	16.55 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG	
6.	17.00 WITA	Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu kedepan atau di saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 12 April 2017/Pukul: 15.00 WITA

Tempat : Rumah klien Ny.S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :-Ibu mengatakan beberapa hari ini sering merasa lelah dan sering buang air kecil, napas menjadi sesak serta terasa nyeri pada pinggang bagian belakang.

-Ibu mengatakan jarang meminum tablet Fe namun mengonsumsi vitamin penambah darah lainnya dari dokter.

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU : baik; Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, T : 36,5 °C, N : 82 x/menit, RR : 20
x/menit; Lila : 29 cm, BB : 86 Kg

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata,
tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak
pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tampak
anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak
kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada
pernapasan cuping hidung.

Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries
dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham
lengkap dan lidah bersih.

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena
jugularis, kelenjar tiroid, dan tidak ada pembengkakan
kelenjar getah bening.

Dada :Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82 x/menit.

Payudara :Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen :Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tinggi fundus uteri 29 cm.

Pada pemeriksaan leopold I yaitu TFU 2 jari bawah px, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Pada leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pada leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(29-11) \times 155) = 2790$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak ada oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices,
reflek patella positif.

Pemeriksaan Labolatorium

Hb : 7,3 gr%, GDS : 76 mg/dL

c. Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsional Kesehatan ANC K11

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi sepori, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 1 jam/hari. Tidur malam selama \pm 6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Seksualitas	Ibu melakukan hubungan seksual 2x seminggu

A :

Diagnosis : G₂P₀₀₁₀ Usia kehamilan 39 minggu janin tunggal hidup intra uterine dengan Anemia ringan.

Masalah :- TFU tidak sesuai usia kehamilan

- Ketidaknyamanan yang ibu alami (Napas sesak, nyeri pada pinggang bagian belakang dan sering BAK).

-Anemia pada ibu hamil

Dasar : -TFU 29 cm dan tidak sesuai usia kehamilan

-Keluhan ibu yang mengatakan napas sesak, nyeri pinggang bagian belakang dan sering BAK.

-Hb = 7,3 gr%, konjungtiva tampak pucat

Diagnosa/Masalah Potensial: G₂P₀₀₁₀ Usia kehamilan 39 minggu janin tunggal Hidup Intra Uterin dengan anemia Berat.

Antisipasi :

1. KIE tentang gizi pada Ibu hamil dan pola istirahat yang baik
2. KIE kebutuhan terhadap ketidaknyamanan ibu.
3. KIE tentang Anemia dan tanda bahaya kehamilan
4. Ajarkan ibu tentang senam hamil
5. Lakukan pemantauan Hb dengan pemeriksaan Hb setiap minggunya

6. Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk mengetahui keadaan janin dalam rahim ibu dengan pemeriksaan USG.

P: 4.4 Tabel intervensi kunjungan ANC II Tanggal 12 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu, bahwa keadaan umum dan tanda tanda vital ibu dalam keadaan normal namun Hb ibu rendah, di bawah normal; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	15.25 WITA	Memberikan KIE mengenai : Gizi pada kehamilan Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).Protein dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, uterus, placenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll), Sedangkan 1 tablet zat besi minimal 90 hari bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan. Ibu mengerti dan berjanji akan makan sesering mungkin dan lebih banyak dari porsi sebelum hamil.	
3.	15.30 WITA	Memberikan KIE mengenai : Ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil trimester 3. Sesuai keluhan yang ibu rasakan yaitu nyeri pada pinggang bagian belakang dikarenakan peningkatan lengkung lumbosakral oleh pembesaran uterus, napas menjadi sesak dan mudah lelah karena adanya penambahan pada tinggi uterus selama masa kehamilan yang menekan diafragma dan menyebabkan napas terkadang menjadi sesak serta sering BAK karena pembesaran uterus dan kepala janin	

		<p>mulai masuk ke panggul ibu sehingga menekan kandung kemih. Cara meringankannya yaitu senam hamil dengan latihan memiringkan panggul, gunakan sepatu dengan tumit rendah, kosongkan kandung kemih saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum pada siang hari, tidak mengurangi minum di malam hari, kecuali bila mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan. Tetapi batasi minum bahan diuretika alamiah seperti kopi dan teh. Jangan terlalu sering melakukan pekerjaan berat yang membuat ibu sering merasa lelah, istirahat yang cukup</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengurangi minum teh pada malam hari.</p>	
4.	15.35 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Anemia</p> <p>Anemia adalah kurangnya produksi sel darah merah dalam darah di bawah kadar normal. Untuk ibu hamil, kadar Hb normal yaitu 11 gr/dL. Anemia dapat di tandai dengan pucatnya konjungtiva, kepala terasa pusing dan badan menjadi lemah dan sering lelah. Akibat pada saat persalinan yaitu dapat menyebabkan proses persalinan menjadi lama, his tidak teratur sampai dengan terjadinya perdarahan setelah persalinan. Cara mengantisipasi yaitu dengan rutin mengkonsumsi tablet Fe pada ibu hamil dan memperbanyak makan makanan yang mengandung zat besi seperti hati ayam, sayur-sayuran dan buah-buahan;</p> <p>Ibu mengerti tentang Anemia dan akan lebih sering mengkonsumsi tablet Fe dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi.</p>	

5.	15.40 WITA	Memberi KIE mengenai : Tanda bahaya kehamilan Tanda bahaya kehamilan merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri, antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan; Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.	
6	15.45 WITA	Memberikan KIE mengenai : Senam Hamil Senam hamil ialah suatu bentuk latihan guna memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament-ligament, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan. Senam hamil dilakukan saat kandungan berusia lebih dari 22 minggu untuk meminimalisir terjadinya abortus. Dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja; Ibu dapat mempraktekkan hamil dan akan mencoba melakukan senam hamil agar proses persalinan menjadi lancar.	
7.	16.00 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi atau jika ada keluhan. Ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 17 April 2017/Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.S"

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :-Ibu mengatakan rasa sesak sedikit berkurang, namun badan masih terasa lelah dan terkadang merasakan pusing disertai sering BAK.

-Ibu mengatakan perutnya terkadang mulai terasa kencang untuk beberapa saat kemudian hilang kembali.

-Ibu mengatakan masih tidak rutin mengonsumsi tablet Fe.

O :

a.Pemeriksaan Umum

KU : baik; Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg; T : 36,5° C, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit; BB : 86 Kg; Lila : 30 cm.

b.Pemeriksaan fisik

Kepala :Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat,distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

Wajah :Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata :Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tampak anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga :Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung :Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut :Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.

Leher :Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

Dada :Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82 x/menit.

Payudara :Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen :Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tinggi fundus uteri 30 cm.

Pada pemeriksaan leopold I yaitu TFU 2 jari bawah px, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Pada leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pada Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak ada oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

Pemeriksaan Laboratorium

Hb : 7,9 gr%; GDS : 85 mg/dL

c. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 4.5 Pola Fungsional Kesehatan ANC K III

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporisi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 1 jam/hari. Tidur malam selama \pm 6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Seksualitas	Ibu melakukan hubungan seksual 2x seminggu

A :

Diagnosis : G₂ P₀₀₁₀ Usia kehamilan 39 minggu 5 hari
janin tunggal hidup intra uterine dengan
anemia sedang.

Masalah :-Perut terkadang terasa kencang sesaat dan
kemudian hilang.

-Rasa ketidaknyamanan yang ibu alami
(terkadang merasa lelah dan pusing, sering
BAK).

-Anemia pada ibu hamil

Dasar :-Ibu sudah mulai merasakan kontraksi palsu

-Ibu mengatakan terkadang merasa lelah
dan pusing, sering BAK.

-Hb = 7,9 gr%, Konjungtiva terlihat pucat

Diagnosa/Masalah Potensial:G₂P₀₀₁₀ Usia kehamilan 39 minggu
Janin Tunggal Hidup Intra Uterin dengan
Anemia Berat

Antisipasi :

- a) Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi tablet Fe dan melakukan pemeriksaan Hb setiap minggunya.
- b) KIE mengenai persalinan, tanda-tanda persalinan dan posisi persalinan
- c) Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk mengetahui keadaan janin dalam rahim ibu

P: **4.6 Tabel Intervensi kunjungan ANC III** Tanggal 17 April
2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum dan tanda-tanda vital dalam keadaan normal namun Hb masih tetap rendah yaitu 7.9 gr%; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	16.25 WITA	Mengevaluasi kebutuhan nutrisi Ibu hamil; Ibu telah mengonsumsi makanan yang bergizi dan mengonsumsi sayur-sayuran (kangkung, bayam, sop)	
3.	16.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk tetap rutin mengonsumsi tablet Fe dan memantau peningkatan Hb setiap minggu; Ibu akan mencoba untuk rutin mengonsumsi tablet Fe.	
4.	16.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup; Ibu akan lebih banyak beristirahat.	
5.	16.40 WITA	Memberi KIE mengenai : Tanda-tanda persalinan dan posisi mengejan. Tanda-tanda persalinan yaitu adanya his atau rasa kencang dan mulas pada perut secara sering dan teratur, keluar lendir darah dan pengeluaran cairan berupa air ketuban. Namun, tidak semua ibu hamil yang pada saat akan menghadapi persalinan menemukan 3 tanda tersebut. Dalam proses persalinan, terdapat beberapa	

		<p>posisi untuk mempermudah proses persalinan diantaranya yaitu setengah duduk atau semi fowler dengan duduk bersandar di bantal atau suami dengan lutut di tekuk dan kaki dibuka lebar. Posisi miring atau lateral dengan Ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan dengan salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi jongkok dimana Biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi, jongkok sangat baik untuk melahirkan karena panggul akan membuka lebar dan dengan daya tarik bumi bayi lebih mudah terdorong keluar, dan posisi menungging atau genu pectoral pada posisi ini pasien menungging dengan kaki di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 3 tanda-tanda persalinan dan dapat mempraktekkan posisi persalinan serta akan segera memeriksakan kehamilannya apabila mengalami 1 dari tanda tersebut.</p>	
6.	16.50 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG; Ibu akan melakukan pemeriksaan USG.</p>	
7.	17.00 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi apabila belum ada tanda-tanda bersalin dalam minggu ini serta ibu diharapkan untuk segera melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti dan akan melakukan kunjungan ulang.</p>	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017 /Pukul 11.00 WITA

Tempat : RSUD dr.Kanudjoso Djatiwobowo

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S : Ibu mengatakan pada tanggal 21 April 2017 melakukan pemeriksaan USG dan di dapatkan hasil TBJ janin yaitu sudah mencapai 3744 gram. Pada tanggal 29 April 2017 pukul 06.00 WITA ibu merasakan mulas pada perut disertai pengeluaran lendir darah dan tidak ada pengeluaran air ketuban. Pada pukul 11.00 WITA ibu masuk ke Ruang IRD RSUD Kanudjoso Balikpapan.

O : Ku=Baik, Kes= compos mentis, TD 120/70mmHg, N/RR= 80/20x/menit, T= 36°C. Pada pemeriksaan Leopold I yaitu TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting. Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin. Pada Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan. Pada Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen). DJJ 142 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(36-11) \times 155 = 3875$ gram.

Pemeriksaan dalam tidak ada pembengkakan vulva dan uretra, effacement atau penipisan servik 25%, pembukaan 1 cm, ketuban +, penurunan kepala bidang hodge I, his 1x10 menit dengan durasi 5-10 detik.

A : G₂P₀₀₁₀ Usia kehamilan 40 minggu, inpartu kala 1 fase laten, janin tunggal hidup intra uterine, presentasi kepala.

P : - Jelaskan hasil pemeriksaan

- Kolaborasi dengan dr.Obgyn untuk dilakukan Operasi Seksio Caesaria

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017 /Pukul: 19.30 WITA

Tempat : RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. S dan Tn. F, alamat rumah berada di Jalan Abdul Wahab Syahranie, Kelurahan Batu Ampar, tanggal lahir bayi 29 April 2017 pada hari Sabtu pukul 13.33 WITA dan berjenis kelamin Laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Saat ini.

Ibu saat ini sedang hamil anak kedua, usia kehamilan 40 minggu dan pernah mengalami abortus 1 kali karena Blathed Ovum, jenis persalinan saat ini yaitu *Seksio Caesaria* pada tanggal 29 April 2017.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 29 April 2017

Jam : 13.33 WITA

Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir tidak segera menangis, ketuban mekoneal, kelahiran tunggal, jenis persalinan *Seksio Caesaria*,

keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 7/9.

2. Nilai APGAR : 7/9

4.7 Tabel APGAR Skor bayi Ny S

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
frekuensi Jantung	tidak ada	< 100	> 100	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	terambat/tidak teratur	menangis dengan baik	2	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	1	2
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	1	2
Warna Kulit	biru/ pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah muda seluruhnya	1	1
Jumlah				7	9

3. Pola fungsional kesehatan:

4.8 Tabel Pola fungsional kesehatan bayi

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)
Eliminasi	- BAB (+) warna: hijau kehitaman, Konsistensi: lunak - BAK (+) warna: kuning jernih, Konsistensi: cair

4. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Ku : baik

TTV : N : 139 x/menit, RR : 44 x/menit, T 36,8° C.

Pemeriksaan antropometri, berat badan 3800 gram, panjang badan 50 cm,

lingkar kepala : 36 cm, lingkar dada 36 cm, dan lingkar perut 35 cm.

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada molase, tidak ada caput succadeneum, tidak ada cephal hematoma, distribusi

rambut bayi merata, warna kehitaman, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Wajah	:Simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu telinga tidak terdapat kelainan.
Mata	:Simetris, tidak ada kotoran, tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat strabismus.
Hidung	:Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung.
Telinga	:Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.
Mulut	:Simetris, tidak ada sianosis, tidak ada labio palatoskhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.
Leher	:Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak ada selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
Dada	:Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris.
Payudara	:Tidak ada pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran cairan.

- Abdomen :Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung :Tampak simetris, tidak teraba skoliosis, dan tidak ada meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut.
- Genetalia :Jumlah testis ada dua, tidak ada hipospadia dan epispadia.
- Anus :Tidak adanya lesung atau sinus, terdapat sfingterani.
- Kulit :Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung. Terdapat verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.
- Ekstremitas :Pergerakan leher aktif, klavikula teraba utuh, jari tangan dan jari kaki simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari lengkap dan bergerak aktif, tidak ada polidaktili dan sindaktili. Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status neurologi (refleks)

Glabella (+) bayi berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, mata boneka (+) bayi membuka matanya dengan lebar saat ditolehkan kepala bayi ke satu sisi kemudian di tegakkan kembali, blinking (+) bayi menutup kedua matanya saat di hembuskan udara, rooting (+) bayi menoleh kearah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking(+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada

mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, tonick asimetris (+) bayi menghadap ke sisi kiri, lengan dan kaki tampak lurus, sedangkan lengan dan tungkainya akan berada dalam posisi fleksi saat ditelentangkan, kemudian kepala dimiringkan ke sisi tubuh sebelah kiri, tonick neck (+) bayi berusaha mempertahankan lehernya untuk tetap tegak saat bayi ditelentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menangkap kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi menggenggam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, magnet (+) kedua tungkai bawah bayi tampak ekstensi melawan saat pemeriksa memberi tekanan pada telapak kaki bayi, walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuhnya condong kedepan saat tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan lantai dan telapak kakinya menapak di lantai, babinski (+) jari-jari bayi membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi, galant (+) tubuh bayi fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi saat punggung bayi digoreskan menggunakan jari ke arah bawah, refleks swimming tidak dilakukan karena bayi belum dimandikan.

d. Terapi yang diberikan :

Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc/IM

Injeksi Heb-B sebanyak 0,5 mL/IM

Salep mata chloromphenicol

A :

Diagnosis : Bayi Baru Lahir, Sesuai Masa Kehamilan
usia 6 jam

Masalah : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial: Tidak ada

P : **4.9 Intervensi Asuhan BBL**

Tanggal : 30 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	19.40 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum bayi dalam keadaan baik; Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.	
2.	19.45 WITA	Menganjurkan ibu dan keluarga untuk menjaga kehangatan bayi. Melakukan pencegahan kehilangan panas yaitu dengan memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi; Ibu dan keluarga akan menjaga kehangatan bayi.	
3.	20.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya setiap 2 jam; Ibu akan menyusui bayinya secara Eksklusif	
4.	20.05 WITA	Memberikan bayi pada ibu untuk disusui dan mengajarkan teknik menyusui dan posisi menyusui; Ibu masih kesulitan mempraktekkan posisi menyusui karena rasa nyeri luka <i>post op</i> .	
5.	20.20 WITA	Mengajarkan ibu teknik perawatan tali pusat dan menganjurkan ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering; Ibu mengerti tentang perawatan tali pusat	
6.	20.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017/Pukul : 19.30 WITA

Tempat : RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :

-Ibu mengatakan perut terasa nyeri di daerah bekas operasi

-Ibu mengatakan keluar darah dari kemaluan

-Ibu mengatakan pengeluaran ASI masih sedikit dan sulit untuk menyusui

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU= baik, kesadaran composmentis, TD=100/60 mmHg, T=36,6°C,

N= 82 x/menit, RR= 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah :Tidak oedema dan tidak pucat

Mata :Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik.

Leher	:Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
Dada	:Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
Payudara	:Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI
Abdomen	:Terdapat luka operasi SC, TFU sepusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.
Genetalia	:Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, terpasang DC urine 400 cc
Anus	:Tidak terdapat hemoroid
Ekstremitas	
Atas	:Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif, terpasang infus RL 20 tpm di tangan sebelah kiri, lancar dan tidak oedema.
Bawah	:Simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba oedema, kapiler refill baik dan patella positif.

c. Pola Fungsional

4.10 Tabel pola fungsional ibu nifas K1

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu susah beristirahat dan tidur karena terasa nyeri di daerah bekas luka operasi.
Nutrisi	Ibu memakan menu yang telah disediakan di RSUD yaitu nasi, sayur, lauk-pauk (ikan/telur/ayam), dan teh manis
Terapi	Ibu mendapat tramadol 24 tpm, paracetamol 3x1, suppositoria.
Mobilisasi	Ibu masih belajar miring kanan dan kiri karena rasa nyeri pada perut bekas luka operasi.
Eliminasi	Ibu sudah BAK melalui cateter, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu belum dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P₁₀₁₁ post SC 6 jam

Masalah : -Proses involusi uterus dan nyeri luka *post op*.
 -Ibu belum mengerti tentang teknik menyusui dan posisi menyusui
 -Ibu belum mengerti bagaimana cara merawat bayinya.

Dasar : -Ibu susah mobilisasi dini karena rasa nyeri di daerah perut bekas luka Post SC
 -Ibu belum mengerti cara menyusui dan merawat bayinya karena ini kelahiran anak yang pertama.

Diagnosa/Masalah Potensial : Tidak ada

P : 4.11 Tabel Intervensi Asuhan PNC I Tanggal 29 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	19.40 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, tampak adanya pengeluaran colostrum, TFU sepusat, luka operasi dalam keadaan diperban. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal dan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	19.45 WITA	Menjelaskan nyeri luka jahitan adalah hal yang fisiologis, dan menganjurkan ibu untuk menjaga luka tetap bersih dan kering; ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
3.	19.50 WITA	Memberikan KIE mengenai Asi Eksklusif; Ibu mengerti dan akan memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.	
4.	20.00 WITA	Memberikan KIE mengenai Kebutuhan dasar ibu nifas; Ibu mengerti tentang kebutuhan dasar ibu nifas.	
5.	20.10 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas; Ibu mengerti tanda bahaya ibu nifas.	
6.	20.20 WITA	Menjelaskan teknik menyusui dan posisi menyusui; Ibu belum mengerti teknik menyusui yang benar.	
7.	20.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini; Ibu mengerti dan akan mencoba melakukan mobilisasi dini.	
8.	20.35 WITA	Menganjurkan ibu makan tinggi protein seperti daging, ikan, telur dan lain-lain; ibu bersedia mengkonsumsi makanan tinggi protein	
9.	20.37 WITA	Menjelaskan mengenai tanda bahaya pada bayi dan cara perawatan tali pusat; Ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
10.	20.40 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya yaitu pada tanggal 4 Mei 2017 atau saat	

		ada keluhan	
--	--	-------------	--

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Mei 2017/Pukul :10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :

-Ibu mengatakan masih terasa nyeri di daerah bekas luka operasi

-Ibu mengatakan darah nifasnya masih keluar sedikit tetapi sudah berwarna merah campur kekuningan seperti lendir.

-Ibu masih kesulitan menyusui bayinya.

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU= baik, kesadaran composmentis, TD= 110/70 mmHg, T=36,6°C,

N= 80 x/menit, RR= 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah :Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata :Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak pucat dan sclera tidak ikterik.

Leher :Tidak ada hyperpigmentasi, tidak terdapat peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada	:Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
Payudara	:Simetris, terdapat pengeluaran ASI
Abdomen	:Simetris, ada bekas luka operasi SC, TFU pertengahan pusat symphysis, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.
Genetalia	:Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat pengeluaran lochea sanguilenta, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula
Anus	:Tidak ada hemoroid.
Ekstremitas	
Atas	:Simetris, tidak oedema,kapiler refill baik.
Bawah	:Simetris, tidak teraba oedema,tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

4.12 Tabel pola Fungsional PNC KII

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu susah beristirahat dan tidur karena bayinya sering menangis.
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2 potong lauk-pauk(ikan/telur/ayam), 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa

Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu belum memahami cara menyusui bayi dan panik apabila bayinya menangis tidak mau menyusui.

A :

Diagnosis : P₁₀₁₁ Post SC hari ke-5

Masalah : Nyeri di daerah luka bekas operasi SC dan Ibu masih kesulitan saat menyusui bayinya.

Dasar : Ibu mengatakan masih belum bisa menyusui dengan baik dan benar, sehingga bayi nya sering menangis.

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

P : 4.13 Tabel Intervensi PNC KII

Tanggal 4 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-symphisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea sangulenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan	

		normal.	
2.	10.20 WITA	Mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, demam, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan ; Tidak terdapat tanda-tanda bahaya nifas.	
3.	10.25 WITA	Mengevaluasi adanya tanda-tanda kesulitan dalam menyusui dan perlekatan yang baik dan benar. Ibu masih mengalami kesulitan dalam menyusui bayinya terutama posisi perlekatan yang benar, sehingga bayi tidak kenyang saat menyusu dan menyebabkan sering menangis.	
4.	10.40 WITA	Memberikan support mental kepada ibu. Menyakinkan ibu bahwa ibu bisa mengurus anaknya dan menyusui dengan baik dan benar walaupun disertai rasa nyeri pada perut karena adanya luka operasi SC. Ibu mengerti dan akan semangat menyusui bayinya.	
5.	10.50 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup; Ibu bersedia untuk beristirahat yang cukup.	
6.	10.55 WITA	Menganjurkan ibu untuk tetap memperbanyak mengonsumsi makanan yang mengandung protein: Ibu bersedia mengonsumsi makanan yang mengandung protein.	
7.	11.00 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 8 Juni 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : Jum'at, 9 Juni 2017/Pukul :11.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :

- Ibu mengatakan sudah tidak ada pengeluaran darah pervaginam.
- Ibu mengatakan terkadang masih terasa nyeri di bagian bekas luka operasi SC

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU= baik, kesadaran composmentis, TD= 110/70 mmHg, T=36,7°C,
N= 80 x/menit, RR= 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak pucat, dan sklera tidak ikterik.

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Simetris, ada pengeluaran ASI

Abdomen : Simetris, tampak bekas luka operasi sudah mengering,
tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tidak tampak
pengeluaran lochea.

Anus : Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, refleks bisep
dan trisep positif.

Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada
trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif,
refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

4.14 Tabel Pola Fungsional PNC K III

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk (ikan/telur/ayam), 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu sudah bisa menyusui bayinya dengan baik

A :

Diagnosis : P₁₀₁₁ Post SC hari ke 41
 Masalah : Nyeri di daerah luka bekas operasi
 Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

P : 4.15 Tabel Intervensi PNC K III

Tanggal 9 Juni 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	11.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU: tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Tidak terdapat pengeluaran lochea, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
3.	11.20 WITA	Melihat perkembangan luka post SC; Luka dalam keadaan bersih dan kering.	
4.	11.25 WITA	Mengevaluasi posisi teknik menyusui dan posisi menyusui yang benar; Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.	
5.	11.50 WITA	Menjelaskan mengenai macam-macam kontrasepsi; Ibu mengerti dan akan menggunakan kontrasepsi.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 30 April 2017/Pukul : 08.30 WITA

Tempat : RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo

Nama : Yoany Agustin Pramudhita

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

KU= baik

TTV; N : 142 x/menit, R : 43 x/menit, S : 36,7 °C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut tampak banyak dan berwarna hitam, tidak tampak cephal hematoma dan moulase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk

Wajah : Tampak bintik merah pada pipi

Mata : Tidak tampak strabismus, tidak tampak perdarahan pada konjungtiva dan tidak tampak pengeluaran cairan

Telinga : Tidak tampak pengeluaran secret, ketika telinga ditekuk cepat kembali

Hidung : Terdapat dua lubang hidung, tidak ada pengeluaran cairan dan tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Tidak tampak labio palatoshkisis/ labiokisis, tidak tampak bercak putih pada mukosa mulut.

Leher : Tidak tampak labio palatoshkisis/ labiokisis, tidak tampak bercak putih pada mukosa mulut

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi atau kesulitan bernapas

- Abdomen : Simetris, tali pusat terdapat 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak terdapat perdarahan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, dan tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Jumlah testis ada dua, tidak ada hipospadia dan epispadia.
- Anus : Terdapat lubang anus.
- Lanugo : Adanya lanugo di daerah lengan dan punggung.
- Verniks : Terdapat verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, jari tangan dan jari kaki simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak polidaktili dan sindaktili. Terdapat garis pada telapak kaki dan tidak terdapat kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status Neurologi (refleks)

- Refleks Moro : Positif (+)
- Reflek Swallowing : Positif (+)
- Refleks Grasp : Positif (+)
- Refleks Sucking : Positif (+)
- Refleks Rooting : Positif (+)

d. Pola Fungsional

4.16 Tabel pola fungsional Neonatus K1

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi sempat diberikan susu formula karena pengeluaran ASI sedikit
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 19 jam

Masalah : Bayi di beri susu formula

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

P : **4.17 Tabel Intervensi Neonatus K1** Tanggal : 29 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	19.40 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	19.45 WITA	Menjelaskan nutrisi yang baik untuk bayi dan menganjurkan hanya memberikan asi pada bayi setiap 2 jam.	
3.	19.50 WITA	Menjelaskan bahwa ruam di pipi bukan disebabkan oleh ASI namun alergi, dan menganjurkan untuk tetap memberikan ASI dan menghindari rangsangan yang	

		dapat menyebabkan gatal seperti terkena air hangat; Ibu mengerti dan akan memberikan ASI kepada bayinya	
4.	19.55 WITA	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayi dipagi hari dibawah jam 08.00	
5.	20.00 WITA	Menjelaskan cara perawatan tali pusat dengan menjaga tali pusat agar tetap kering dan mandikan bayi.	
6.	20.10 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 5 hari selanjutnya di tanggal 4 Mei 2017 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Mei 2017/Pukul :10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S :

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Ku : baik, N : 130 x/menit, RR : 46 x/menit, T : 36°C.

BB : 3800 gram, PB : 50 cm, LK : 36 cm, LD : 36 cm, LP : 35 cm, Lila :
12 cm.

b. Pola Fungsional

4.18 Tabel pola fungsional neonatus KII

Pola	Keterangan
Nutrisi	ayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	AB 1-2kali/hari konsistensi lunak warna kuning. AK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal	ayi belum dimandikan semenjak pulang dari rumah sakit. Ibu

Hygiene	mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	bayi dapat tersenyum spontan saat diajak bermain dan menoleh kearah suara.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 5 hari

Masalah : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

P : 4.19 Tabel intervensi neonatus KII Tanggal : 4 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.10 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
2.	10.15 WITA	Mengevaluasi cara bayi menyusui dan teknik menyusui ibu	
3.	10.20 WITA	Mengajarkan ibu cara memandikan bayi dan menganjurkan ibu untuk memandikan bayinya 2x sehari.	
4.	10.25 WITA	Menganjurkan ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering.	
5.	10.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya atau saat ada keluhan	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 5 Mei 2017/Pukul :08.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S : Ibu mengatakan tadi malam bayinya teraba hangat, tidak mau menyusu dan keluar nanah pada pangkal tali pusat bayinya

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Ku : baik, N : 130 x/menit, RR : 46 x/menit, T : 36°C.

BB : 3800 gram, PB : 50 cm, LK : 36 cm, LD : 36 cm, LP : 35 cm, Lila : 12 cm.

Pangkal tali pusat terlihat bernanah, tidak kemerahan dan berbau tidak sedap.

b. Pola Fungsional

4.20 Tabel pola fungsional neonatus KIII

Pola	Keterangan
Nutrisi	ayi susah menyusu sejak tadi malam
Eliminasi	AB 1-2kali/hari konsistensi lunak warna kuning. AK 3-4 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	ayi dimandikan dua kali sehari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	ayi rewel sejak tadi malam
Perkembangan	ayi dapat tersenyum spontan saat diajak bermain dan menoleh kearah suara.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 6 hari

Masalah :Tadi malam bayi tidak mau menyusu dan teraba hangat, keluar nanah dari pangkal tali pusat disertai bau tidak sedap.

Diagnosis/Masalah Potensial : tidak ada

P :4.21 Tabel intervensi kunjungan Neonatus K III Tanggal : 5 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08.05 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayinya baik, tali pusat sudah putus dan tidak tampak kemerahan pada pangkal tali pusat namun terlihat benanah dan berbau; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	08.10 WITA	Membersihkan tali pusat dengan kasa betadine dan menjaga agar tetap bersih dan kering serta menganjurkan ibu untuk memeriksakan bayi nya ke pusat pelayanan kesehatan.	
3.	08.15 WITA	Mengajarkan ibu cara memandikan bayi dan menganjurkan ibu untuk memandikan bayinya 2x sehari.	
4.	08.20 WITA	Menganjurkan ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering.	
5.	08.25 WITA	Menganjurkan ibu untuk lebih sering menyusui bayinya; Ibu mengerti dan akan menyusui bayinya.	
6.	08.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 8 Juni 2017 atau saat ada keluhan	

4. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-IV

Tanggal/Waktu Pengkajian : Jum'at, 22 Mei 2017/Pukul 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S: -Ibu mengatakan bayinya terlihat seperti susah bernapas dan sesak saat selesai menyusu dan adanya kotoran yang menyumbat hidung.

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Ku : baik, N : 138 x/menit, RR : 45 x/menit, T : 36°C.

BB : 4250 gram, PB : 54 cm, LK : 38 cm, LD : 37 cm, LP : 36 cm, Lila : 13cm.

Hidung terlihat bersih, tidak ada pembengkakan, tidak tampak kotoran dan cairan dan tidak ada tarikan dinding dada.

b. Pola Fungsional

4.22 Pola Fungsional Neonatus KIV

Pola	Keterangan
Nutrisi	ayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	AB 3-4kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	ayi dimandikan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	ayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	ayi dapat tersenyum spontan

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai
Masa Kehamilan usia 23 hari

Masalah : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

P : **4.23 Tabel intervensi Neonatus KIV** Tanggal : 22 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.05 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat. Hidung terlihat bersih, tidak ada pembengkakan, tidak tampak kotoran dan cairan dan tidak ada tarikan dinding dada; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	16.10 WITA	Mengevaluasi cara ibu menyusui bayinya, bayi terlihat muntah saat disendawakan. Menganjurkan ibu untuk menyendawakan bayi terlebih dahulu sebelum menidurkan bayi; Ibu mengerti dan akan menyendawakan bayi setelah menyusui.	
3.	16.15 WITA	Menjagaengevaluasi teknik menyusui; Ibu dapat menyusui bayi nya dengan baik	
4.	16.25 WITA	Menjelaskan mengenai imunisasi dasar pada bayi.	
5.	16.35 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi

Tanggal Pengkajian/Waktu : Kamis, 8 Juni 2017/ 11.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yoany Agustin Pramudhita

S : Ibu mengatakan nyeri pada perut sudah berkurang, tidak ada pengeluaran darah dari kemaluan dan tidak ada keluhan. Ibu masih bingung menentukan alat kontrasepsi dan menginginkan menggunakan KB jangka panjang dan tidak mengandung hormonal.

a. Pola Fungsional Kesehatan

4.24 Tabel pola Fungsional Asuhan KB

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporsi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 1 jam/hari. Tidur malam selama \pm 6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

O:

a. Pemeriksaan Umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 79 x/menit, R : 23 x/menit, T : 36°C

BB : 76 kg

b. Pemeriksaan Fisik

Mata	:Simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, tidak ada pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata.
Leher	:Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.
Dada	:Simetris, tidak ada retraksi, irama jantung terdengar teratur 79x/menit.
Payudara	:Tampak pengeluaran ASI,puting tidak tampak lecet dan tidak teraba massa/benjolan
Abdomen	:Simetris, ada bekas operasi SC, tidak teraba massa atau pembesaran.
Ekstremitas	:Simetris, tampak sama panjang, tidak ada varises dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan kapiler refil kembali dalam waktu 2detik, refleks bisep dan trisep positif. Pada ekstremitas bawah tidak tampak oedema, kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik serta homan sign negatif, refleks patella positif.
Genetalia	: Tidak ada pembengkakan dan tidak ada pengeluaran cairan pervaginam.

A:

Diagnosa	: P ₁₀₁₁ calon akseptor KB IUD
Masalah	: Tidak ada

P: 4.25 Tabel intervensi Asuhan KB

Tanggal 09 Juni 2017

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	11.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. S, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal, adanya pengeluaran ASI, TFU tidak teraba, tidak ada pengeluaran cairan pervaginam; Ibu mengerti mengenai kondisinya.	
2.	11.20 WITA	Menjelaskan tentang macam-macam KB, (pengertian, efek samping, keuntungan dan kerugian) terutama KB IUD; ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan	
3.	11.30 WITA	Mengevaluasi apakah ibu ingin menggunakan KB IUD; Ibu akan menggunakan KB IUD.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny.S G₂P₀₀₁₀ sejak kontak pertama pada tanggal 26 Maret 2017 dan melakukan kunjungan pertama pada tanggal 27 Maret 2017 yaitu dimulai pada masa kehamilan 36 minggu 5 hari hingga pada saat persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi, dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. S pada tanggal 27 Maret 2017, didapatkan bahwa Ny. S berusia 26 tahun G₂P₀₀₁₀ HPHT pada bulan Juli 2016 dan ibu lupa pada tanggal berapa tepatnya serta taksiran persalinan menurut USG pada tanggal 29 April 2017. Pada kontak pertama antara penulis dengan Ny. S mengatakan sudah melakukan kunjungan antenatal care (ANC) ke Puskesmas Batu Ampar sebanyak 1 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II, 1 kali pada trimester III. Ibu mengatakan sering periksa USG untuk mengetahui keadaan janin. Jadwal kunjungan ulang yaitu 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan melihat usia kehamilan Ny. S adalah 36 minggu 5 hari.

Pemeriksaan antenatal care yang dilakukan oleh Ny. S pada trimester III sebanyak 4 kali termasuk pada pemeriksaan yang dilakukan selama asuhan diberikan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan kunjungan ANC, dimana Ny. S sudah melakukan pemeriksaan lebih dari 2 kali selama kehamilan trimester III. Secara teori Pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *preventif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007). Berdasarkan jadwal kunjungan ANC, menurut Manuaba (2012), pemeriksaan ANC dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I (sebelum usia 14 minggu), 1 kali pada trimester II (usia kehamilan antara 14 – 28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (usia kehamilan antara 28 – 36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

Pada kunjungan pertama, usia kehamilan 36 minggu 5 hari dengan masalah Tinggi Fundus Uteri (TFU) tidak sesuai dengan usia kehamilan. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Mufdilah (2012), pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Selain dapat dijadikan sebagai

indicator pertumbuhan janin intrauterine, TFU dapat mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa, janin ganda atau hidramnion. Hal ini tidak sejalan dengan teori menurut Manuaba (2012) dimana pada usia kehamilan 36 minggu seharusnya TFU mencapai sepusat atau 32cm dengan rumus Mc Donald (Benson,dkk). Pada pemeriksaan abdomen, hasil pengukuran TFU Ny. S yaitu $\frac{1}{2}$ PX-Pusat (28 cm), kepala sudah memasuki pintu atas panggul dengan TBJ 2635 gram. Penulis berpendapat bahwa TFU Ny. S tidak sesuai dengan usia kehamilannya yaitu lebih kecil dari usia kehamilan, namun untuk Taksiran Berat Janin (TBJ) sudah cukup mencapai TBJ normal dan kemungkinan tidak akan mengalami masalah Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada bayinya kelak, yang sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012).

Ny.S juga mengalami peningkatan berat badan berlebihan dimana berat badan sebelum hamil yaitu 65 kg dengan tinggi badan 158,5 cm dan penghitungan Indeks Masa Tubuh atau IMT (BB sebelum hamil : TB²) yaitu 26, yang masuk dalam kategori normal. Penambahan berat badan pada ibu hamil dengan IMT normal adalah 11,5 – 16 Kg. Namun, Berat badan Ny. S. sekarang mencapai 85 kg dengan peningkatan berat badan yang berlebihan dari batas normal (Prawirohardjo, 2009).

Kenaikan berat badan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin, plasenta dan air ketuban. Kenaikan berat badan pada ibu hamil secara berlebihan dapat memicu terjadinya obesitas, dimana Obesitas selama kehamilan dapat menyebabkan risiko terjadinya hipertensi, hyperkolesterol, hyperglukemia yang dikenal dengan (3H). Hipertensi pada kehamilan membuat janin meninggal, plasenta terputus, *Intra Uterine Grow Retardation (IUGR)*, *Intra Uterine Fetal Dead (IUFD)*, dan abortus (Sarwono, 2006).

Pada ibu hamil yang mengalami obesitas dapat beresiko mengalami hipertensi yang mengakibatkan hipoksia plasenta yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dalam arteri spiral. Hal ini terjadi karena kegagalan invasi sel tropoblast pada dinding arteri spiral pada awal kehamilan dan awal trimester kedua kehamilan sehingga arteri spiral tidak dapat melebar dengan sempurna dengan akibat penurunan aliran darah dalam ruangan intervulus diplasenta sehingga terjadilah hipoksia plasenta (Jaffe dkk 1995 dalam Al-Farozzy, 2008).(Yudianti et al. 2006)

Oksidatif stress pada tahap berikutnya bersama dengan zat toksis yang beredar dapat merangsang terjadinya kerusakan pada sel endotel pembuluh darah yang disebut disfungsi endotel yang dapat terjadi pada seluruh permukaan endotel pembuluh darah pada organ-organ penderita preeklamsia. Pada disfungsi endotel terjadi ketidakseimbangan produksi zat-zat yang bertindak sebagai vasodilator

seperti prostasiklin dan nitrat oksida, dibandingkan dengan vasokonstriktor seperti endothelium I, trombosan, dan angiotensin II sehingga akan terjadi vasokonstriksi yang luas dan terjadilah hipertensi (Utara 2006)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Puspitasari (2008) di RSUP Dokter Kariadi Semarang, menyebutkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia yaitu ibu riwayat hipertensi, obesitas, paritas dan umur saat hamil. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kenaikan berat badan lebih (obesitas) merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya preeklamsia-eklamsia.(Yudianti et al. 2006)

Ibu hamil harus memiliki berat badan yang normal karena akan berpengaruh terhadap anak yang akan dilahirkannya. Penulis berpendapat pentingnya memberikan KIE pada ibu tentang asupan nutrisi dan diet yang sehat pada ibu hamil trimester III dengan peningkatan berat badan berlebihan agar dapat membatasi kenaikan berat badan dengan cara yang sehat, dengan memperbanyak mengkonsumsi makanan yang mengandung serat, supaya tidak menyebabkan obesitas dalam kehamilan dan pada saat menjelang persalinan sampai persalinan berlangsung dapat berjalan lancar, melahirkan bayi yang sehat dan cerdas tanpa mengalami pre eklamsi, yang dapat berdampak buruk pada janinnya pula (Wahyuni Sri, 2011).

Pada kunjungan ini ibu mengalami keluhan yang dirasakan yaitu merasa lelah, nyeri pinggang bagian belakang dan sering BAK. Menurut Manuba (2012) nyeri pada pinggang bagian belakang dikarenakan peningkatan lengkung lumbosakral oleh pembesaran uterus. Menurut Kusmiyati (2009), mudah merasa lelah dan terkadang disertai rasa pusing disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun. Cara mengatasinya yaitu jangan terlalu sering berbaring terlentang, bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat dan hindari terlalu lama berada di ruangan maupun lingkungan yang hangat atau sesak, Jangan terlalu sering melakukan pekerjaan berat yang membuat ibu merasa lelah serta penuhi kebutuhan istirahat yang cukup \pm 8 jam sehari.

Menurut Syafrudin (2011), yaitu semakin membesarnya uterus, maka menyebabkan adanya tekanan uterus pada kandung kemih, terutama jika kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul. Cara untuk meringankannya yaitu kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum disiang hari, serta tidak mengurangi minum di malam hari tetapi mengurangi minum yang merupakan bahan diuretika alamiah yang dapat merangsang pengeluaran air seni seperti kopi dan teh.

Kunjungan kedua pada hari rabu, 12 April 2017 Pukul 15.00 WITA dengan usia kehamilan 39 minggu. Berat badan menjadi 86 kg

dan pemeriksaan abdomen TFU 2 jari bawah px (29 cm) dengan TBJ 2790 gram dan belum sesuai dengan TFU menurut teori dari Manuaba (2012) yaitu seharusnya pada usia kehamilan 39 minggu TFU setinggi 2-3 jari di bawah px atau 31 cm dan untuk Mc donald setinggi 33cm diatas simpisis. Sehingga penulis berpendapat perlunya memberikan antisipasi berupa konseling mengenai pola istirahat, gizi dan nutrisi terutama memperbanyak makan makanan yang mengandung serat agar proses defekasi berjalan lancar dan tidak menyebabkan kenaikan berat badan yang berlebihan. Serta mengajarkan senam hamil sebagai latihan untuk memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament-ligament, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan. Senam hamil dilakukan saat kandungan berusia lebih dari 22 minggu untuk meminimalisir terjadinya abortus (Indiarti, 2008).

Pada kunjungan kedua ini, ibu mengalami keluhan yang dirasakan yaitu terkadang merasa sesak, nyeri pinggang bagian belakang dan sering BAK. Pada masa kehamilan terjadi pembesaran TFU yang kemudian menekan diafragma dan menyebabkan napas terkadang menjadi sesak. Berdasarkan dari keluhan Ny. S pada kunjungan kedua ini, penulis menetapkan untuk melanjutkan intervensi mengenai konseling mengenai ketidaknyamanan fisiologis ibu hamil trimester III.

Ny. S mengatakan kepala terkadang terasa pusing dan ibu tidak rutin meminum tablet Fe karena rasanya yang tidak terlalu enak. Pada

pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil pemeriksaan Haemoglobin atau pemeriksaan darah merah didapatkan kadar Hb 7,3 gr%. Adanya kesenjangan antara teori menurut Manuaba (2010) yaitu kadar Hb normal pada ibu hamil yaitu sampai dengan 11 gr%. Kurangnya sel darah merah pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko terjadinya anemia pada ibu hamil, dimana anemia adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah haemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah berada di bawah normal. Sel darah mengandung haemoglobin untuk mengangkut oksigen dari paru-paru, dan mengantarkan ke seluruh tubuh.

Menurut Saifuddin (2009), anemia dalam kehamilan dapat terjadi karena peningkatan volume plasma darah yang menyebabkan konsentrasi sel darah merah menurun dan darah menjadi encer, inilah yang menyebabkan kadar hemoglobin dalam darah menurun.

Ada 3 klasifikasi anemia yaitu anemia ringan jika kadar Hb 9-10 gr%, anemia sedang Hb 7-8 gr% dan anemia berat jika Hb <7 gr%. Anemia dapat di tandai dengan pucatnya konjungtiva, kepala terasa pusing dan badan menjadi lemah disertai rasa lelah. Akibatnya, dapat menyebabkan proses persalinan menjadi lama, his tidak teratur sampai dengan terjadinya perdarahan setelah persalinan. Berdasarkan masalah tersebut, penulis menetapkan intervensi untuk memberikan KIE mengenai Anemia dan tanda bahaya dalam kehamilan serta melakukan pemantauan peningkatan Hb dengan pemeriksaan Hb setiap minggunya.

Cara mengantisipasi terjadinya anemia yaitu dengan rutin mengonsumsi tablet Fe pada ibu hamil dan memperbanyak makan makanan yang mengandung zat besi seperti hati ayam, sayur-sayuran dan buah-buahan serta istirahat yang cukup.

Pada kunjungan ketiga tanggal 17 April 2017 Pukul 16.00 WITA dengan usia kehamilan 39 minggu 5 hari, Berat badan menjadi 86 kg dan pemeriksaan abdomen TFU 2 jari bawah px (30 cm) dengan TBJ 2945 gram, TBJ normal dan sudah sesuai dengan TFU menurut teori dari Manuaba (2012) yaitu pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari TFU setinggi 2-3 jari di bawah px atau 30 cm. Penulis tetap melanjutkan intervensi KIE mengenai kebutuhan gizi dan nutrisi pada ibu hamil terutama diet tinggi serat untuk meminimalisir penambahan berat badan yang berlebihan.

Pada kunjungan ketiga ini, ibu mengalami keluhan yang dirasakan yaitu terkadang perut terasa kencang sesaat kemudian hilang kembali, kepala terasa pusing dan mudah lelah serta sering BAK. TD dalam batas normal yaitu 120/70 mmHg, N/RR = 80/22x/menit, T=36°C, Hb 7,9 gr% dan konjungtiva pucat.

Berdasarkan teori Syafrudin (2011) rasa pusing terjadi karena ketika hamil, pembesaran rahim menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun, dan bisa menyebabkan timbulnya rasa pusing pada kepala, ditambah lagi kadar Hb Ny. S dibawah normal. Sehingga penulis memberikan asuhan

berupa KIE tentang anemia, cara penanganannya yaitu dengan mengonsumsi tablet Fe atau makan makanan yang banyak mengandung zat besi, bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak, dan hindari untuk berbaring dalam posisi terlentang serta istirahat yang cukup.

Selaras dengan teori menurut Syafrudin (2011), kondisi ini merupakan keadaan normal dimana ada beberapa ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil salah satunya pada trimester III yaitu braxton hicks atau kontraksi palsu yang terjadi karena perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton hicks atau kontraksi usus untuk mempersiapkan persalinan.

Cara untuk mengatasinya yaitu ibu bisa beristirahat, dan melakukan teknik nafas yang baik. Berdasarkan masalah yang ada dan usia kehamilan Ny. S, penulis melakukan intervensi sesuai kebutuhan klien dengan menganjurkan ibu untuk rutin meminum Tablet Fe dan memantau peningkatan Hb setiap minggu, istirahat yang cukup, mengevaluasi kebutuhan nutrisi ibu hamil, memberikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan dan posisi mengejan yang baik dan benar karena usia kehamilan Ny. S sudah mendekati waktu untuk melakukan

persalinan, serta menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG.

Dilakukan upaya kolaborasi dengan dokter obgyn untuk mengetahui kesejahteraan janin didalam rahim ibu. Sesuai dengan teori menurut Varney (2007) perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan. Dalam hal ini, penulis berpendapat untuk pentingnya melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini. Pada tanggal 20 April 2017 penulis melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG dengan hasil keadaan janin saat ini baik, tidak ada kelainan, tidak ada lilitan tali pusat, letak plasenta diatas, serta air ketuban dalam batas normal. Usia kehamilan saat ini 40 minggu 1 hari. Taksiran berat janin yaitu 3.744 gram.

2. Asuhan Persalinan

Ibu mengatakan pada tanggal 20 April 2017 melakukan pemeriksaan USG dan di dapatkan hasil TBJ janin yaitu sudah mencapai 3744 gr. Ibu merasakan mulas pada perutnya sejak jam 06.00 WITA pada tanggal 29 April 2017 disertai pengeluaran lendir darah. Tidak ada pengeluaran air ketuban. Pada pukul 11.00 WITA ibu masuk ke Ruang IRD RSUD Kanudjoso Balikpapan dan hasil pemeriksaan didapatkan TD 120/70mmHg, N/RR= 80/20x/menit, T= 36°C, TFU 3 jari dibawah Px

(36 cm) Leopold I teraba Kepala, Leopold II teraba bagian panjang dan keras di sebelah kanan (Punggung kanan) dan DJJ 142x/menit. Pemeriksaan dalam menunjukkan tidak ada pembengkakan vulva dan uretra, effacement atau penipisan servik 25%, pembukaan 1 cm, ketuban +, penurunan kepala bidang hodge I, his 1x10 menit dengan durasi 5-10 detik. dan rencana untuk dilakukan operasi SC atas indikasi suspect makrosomia atau bayi besar. Pada pukul 13.33 WITA bayi lahir SC, jenis kelamin laki-laki, A/S = 7/9. Berat 3800 gram, panjang badan 50cm, lingkar kepala dan lingkar dada 36 cm, lingkar perut 35 cm. Sisa ketuban meconial.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pukul 13.33 WITA bayi lahir Seksio Caesaria, tidak segera menangis, usaha napas baik, tonus otot lemah, tubuh bayi tampak kebiruan pada ekstremitas, ketuban meconial, jenis kelamin laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi yaitu 7/9. Bayi dilakukan resusitasi karena ketuban bercampur meconial dan tonus otot lemah, hal ini bertujuan untuk membantu usaha napas dan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen pada otak, jantung dan alat-alat vital lainnya (JNPK-KR, 2010).

Bayi Ny. S tidak dilakukan IMD karena proses persalinan dilakukan dengan Seksio Cesaria dan bayi membutuhkan resusitasi, hal

ini tidak sesuai dengan teori menurut JNPK-KR Depkes RI (2008), dimana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal adalah salah satunya dengan melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama \pm 1 jam dengan harapan kontak antara kulit bayi ke kulit ibu dapat mempertahankan suhu tubuh bayi dan mencegah agar tidak terjadi penurunan panas atau hipotermi.

By Ny.S diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, imunisasi hepatitis B 0 hari dan antibiotik berupa salep mata. Hal ini sesuai dengan teori menurut JNPK-KR Depkes RI (2008), bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi. Bayi telah mendapatkan imunisasi vit.K dan Hep.B dan salep mata di ruang operasi.

Saat bersalin, kehamilan Ny. S berusia 40 minggu, berat badan bayi saat lahir 3800 gram panjang badan 50 cm. Saat dilakukan pemeriksaan fisik secara garis besar bayi dalam keadaan normal. Hal ini didukung oleh teori menurut Dewi (2012), yang mengemukakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram.

Tidak ada masalah pada bayi baru lahir usia 6 jam, penulis memberikan intervensi mengenai perawatan esensial BBL dimana menjaga kehangatan suhu tubuh bayi sangat penting untuk mencegah terjadinya hipotermi. Menurut Sarwono (2002), gejala awal hipotermia apabila suhu $< 36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Beberapa tanda gejala bayi mengalami hipotermi yaitu bayi tidak mau minum/menetek, bayi tampak lesu atau mengantuk saja, tubuh bayi terasa dingin, sehingga penulis menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan tubuh bayi dengan mengenakan pakaian yang bersih dan hangat serta memakaikan topi di kepala bayinya.

Penulis juga menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif minimal 2 jam sekali dan hanya memberikan ASI saja kepada bayinya, mengajarkan teknik menyusui dan posisi menyusui yang benar dan mengajarkan bagaimana perawatan tali pusat sesuai dengan teori menurut Walyani (2014), asuhan neonatal yang diberikan dalam kurun waktu 6-48 jam adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI Eksklusif dan perawatan tali pusat.

4. Asuhan Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. M sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam, kunjungan kedua 5 hari, kunjungan ketiga 5 minggu 5 hari. Menurut teori yang dikemukakan Suherni (2009), pada kunjungan nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan

kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum. Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas. Sejalan dengan kebijakan Program Nasional Masa Nifas dalam (Walyani, 2014), yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan masa nifas dengan tujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Tanggal 29 April 2017, pukul 19.30 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu 6 jam post SC. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh yaitu keadaan ibu telah membaik. Ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya secara seksio cesarea, ibu masih terpasang infus dan sudah bisa makan sedikit demi sedikit, TFU sepusat, pengeluaran darah dalam batas normal, BAK masih menggunakan DC, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam batas normal.

Masalah yang terjadi yaitu involusi uterus dan nyeri luka *post op*, ibu masih kesulitan dalam menyusui dan masih belum tahu bagaimana cara merawat bayinya. Sehingga, penulis menjelaskan bahwa nyeri luka jahitan adalah hal yang fisiologis, menganjurkan ibu mobilisasi dini agar organ-organ tubuh dapat cepat kembali seperti semula dan proses involusi uterus berjalan lancar, menjaga luka agar tetap bersih dan kering

serta banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Penulis juga memberikan KIE mengenai ASI Eksklusif dan pentingnya ASI bagi bayi, kebutuhan dasar ibu nifas dan tanda bahaya ibu nifas. Penulis juga mengajarkan teknik menyusui dan posisi menyusui yang benar karena mulut bayi yang kurang terbuka lebar pada saat menyusu sehingga tidak semua puting ibu masuk kedalam mulut bayi. Berdasarkan teori menurut Suherni (2009), ciri-ciri bayi yang menyusu dengan benar adalah bayi tampak tenang, badan bayi menempel pada perut ibu, dagu bayi menempel pada payudara, mulut bayi terbuka cukup lebar, areola yang kelihatan lebih luas dibagian atas dari pada dibagian bawah mulut bayi, puting susu tidak merasa nyeri, serta kepala dan badan bayi berada pada garis lurus. Sehingga penulis memberikan KIE tentang teknik menyusui yang benar, dilakukan untuk mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik tanpa hambatan, serta menjelaskan tentang tanda bahaya pada bayi dan perawatan tali pusat.

Hal ini sesuai dengan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6-8 jam post partum diantaranya yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise

pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Tanggal 4 Mei 2017, pukul 10.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 5 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. S secara umum dalam batas normal, tidak demam, pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU $\frac{1}{2}$ pusat simfisis, lochea sanguilenta, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda homan sign negatif.

Ny. S mengeluh masih terasa nyeri di daerah bekas luka operasi dan ibu belum bisa menyusui dengan benar sehingga bayinya sering menangis. Asuhan yang diberikan pada Ny. S menurut Lochart (2014) yaitu memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan membangun kepercayaan Ny. S dalam menjalankan peran sebagai ibu agar dapat mengasuh bayinya dengan baik, menganjurkan klien agar tetap melakukan mobilisasi dini dan menjaga luka agar tetap bersih dan kering untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka bekas operasi SC, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein, istirahat yang cukup dan menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif. Hal ini sesuai dengan teori menurut Walyani (2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi. Penulis berpendapat, involusi uterus Ny. S

berjalan dengan normal karena pola mobilisasi yang baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu kekooperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan dalam pelaksanaan asuhan juga mempengaruhi kelancaran masa nifas.

Tanggal 9 Juni 2017, pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 5 minggu 5 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. S secara umum dalam keadaan normal. Luka jahitan sudah kering, TFU tidak teraba dan tidak ada pengeluaran lochea. Pada kunjungan ini, penulis mengevaluasi teknik menyusui ibu ke bayinya, ibu dapat menyusui bayinya dengan baik dan benar, luka operasi dalam keadaan bersih dan kering dan memberikan konseling KB. Berdasarkan teori menurut Walyani (2014), konseling Kb secara dini dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum. Penulis berpendapat, dengan kondisi klien yang telah pulih maka penulis mulai memberikan konseling mengenai alat kontrasepsi secara dini terutama alat kontrasepsi jangka panjang karena ibu melahirkan bayinya secara SC dan memiliki resiko yang tinggi apabila Ny. S mengandung anak kedua dengan jarak < 1 tahun. Klien merespon dengan baik konseling yang diberikan, karena klien juga memiliki keinginan untuk mengatur jarak kehamilannya dan menginginkan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang.

5. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 4 kali kunjungan, yaitu pada 19 jam, 5 hari, 6 hari dan 23 hari. Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Walyani (2014), yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN 1 dilakukan 6-8 jam, KN 2 dilakukan 3-7 hari, KN 3 dilakukan 8-28 hari setelah bayi lahir. Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 30 april 2017. Pukul 08.30 WITA dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 19 jam setelah bayi lahir. Neonatus berada di ruang bayi, keadaan umum neonatus baik, menangis kuat, refleks bayi baik, tali pusat masih basah dan terbungkus kasa steril, tanda-tanda vital dalam batas normal, terlihat ada ruam pada pipi dan bayi diberikan susu formula karena ASI nya sedikit.

Pada kunjungan ini masalah yang didapatkan yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif, teknik menyusui dan posisi menyusui yang baik dan benar, hal ini disebabkan karena kurangnya pengalaman ibu, dimana ini merupakan kehamilan kedua dan mengandung anak pertama, dengan kehamilan sebelumnya mengalami abortus, didukung dengan rendahnya tingkat pendidikan ibu dan keluarga, sehingga menyebabkan kurangnya pengetahuan mengenai hal tersebut. Selain itu, penulis mengajarkan tentang perawatan tali pusat pada ibu dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI saja tanpa

tambahan apapun. Selain itu, Asi juga dapat membantu memulihkan ibu dari proses persalinannya karena sesuai dengan teori menurut Suherni (2009), manfaat pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan (hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim).

Penulis juga menjelaskan bahwa ruam di pipi atau ruam susu (*dermatitis atopic*) bukan disebabkan karena ASI namun alergi, dan bisa semakin bertambah karena susu formula, penulis juga menganjurkan untuk tetap memberikan ASI dan menghindari rangsangan yang dapat menyebabkan gatal seperti terkena air panas.

Tanggal 4 Mei 2017, pukul 10.00 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 5 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan keadaan umum neonatus baik secara fisik dan pola perkembangannya dalam batas normal, tali pusat belum lepas dan tampak kering. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, suhu 36,6°C, BB bayi tetap yaitu 3800 gram. Bayi dapat tersenyum secara spontan saat Ny. S mengajak berbicara. Pada kunjungan ini ibu mengeluh terkadang merasa panik apabila bayinya tidak mau menyusu saat menangis, sehingga penulis memberikan dukungan psikologis pada Ny. S dan menjelaskan kembali tentang teknik menyusui dan posisi menyusui agar ibu bisa merawat bayinya dan menyusui bayinya dengan baik dan benar tanpa hambatan,

serta mengajarkan ibu tentang perawatan tali pusat, menjaga tali pusat tetap bersih dan kering serta mengajarkan cara memandikan bayi.

Tanggal 5 Mei 2017 pukul 07.00 WITA, dilakukan kunjungan neonatus III. Ny. S mengatakan tadi malam bayi teraba hangat, tidak mau menyusu dan keluar nanah pada pangkal tali pusat. keadaan neonatus dalam batas normal, tidak demam, tali pusat sudah putus dan tampak keluar sedikit nanah dan bau, tidak ada kemerahan di sekitar pangkal tali pusat. Penulis menganjurkan ibu untuk lebih sering menyusui bayinya, memberikan intervensi asuhan perawatan tali pusat yang sesuai dengan teori IDAI (2003), dengan tetap menjaga agar tali pusat tetap bersih dan kering, membersihkan tali pusat dengan kasa betadhine dan menjaga agar tetap bersih dan kering serta melakukan kolaborasi dengan dr.Obgyn untuk pemberian antibiotik dan salep.

Ny. S memahami penjelasan penulis dan akan memeriksakan bayinya ke pusat pelayanan kesehatan. Pukul 16.00 WITA penulis melakukan kunjungan ulang, bayi Ny.S telah dibawa berobat ke Pusat Pelayanan Kesehatan dan mendapatkan antibiotik amoxilin 90 mg 2x24 jam dan salep gentamicin. Penulis menganjurkan agar Ny.S secara rutin memberikan obat antibiotik ke bayinya dan harus dihabiskan, rutin mengoleskan salep gentamicin ke pusar bayinya serta mengamati tanda bahaya yang kemungkinan bisa terjadi pada bayinya nanti.

Tanggal 22 mei 2017, pukul 16.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus IV yaitu pada 23 hari setelah bayi lahir. Ibu mengeluh bayinya

terlihat seperti susah bernapas dan sesak saat selesai menyusui dan adanya kotoran yang menyumbat hidung, Keadaan neonatus berdasarkan hasil pemeriksaan dalam batas normal, hidung bersih, tidak ada kotoran yang melebihi batas normal dan tidak tampak cairan maupun pembengkakan, tidak ada tarikan dinding dada. Penulis mengevaluasi cara menyusui ibu ke bayinya, dan saat di sendawakan, bayi muntah. Penulis menjelaskan bahwa bayi dalam keadaan normal dan tidak ada tanda-tanda batuk maupun pilek, dan menganjurkan untuk menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, mengajarkan teknik dan posisi menyusui yang baik dan benar, menganjurkan untuk menyendawakan bayi setelah menyusui, dan memberikan KIE mengenai imunisasi dasar, sejalan dengan teori menurut Syafrudin (2011).

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. (Depkes RI, 2005).

Sekarang bayi Ny S mengalami peningkatan BB sebanyak 450 gram menjadi 4250 gram. Keadaan bayi Ny. S yang sehat dan normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi.

6. Asuhan Keluarga Berencana

Tanggal 09 Juni 2017 Ny. S menjadi calon akseptor KB dengan nifas 41 hari *post Sectio Caesarea*. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma.

Penutupan luka insisi *Sectio Caesarea* terjadi pada hari ke-3 pasca bedah, luka pada kulit akan sembuh dengan baik dalam waktu 2-3 minggu sedangkan luka fasial abdomen akan merapat dalam waktu 6 minggu, tapi tetap terus berkembang makin erat selama 6 bulan, tendon atau ligamentum membutuhkan waktu sekurang-kurangnya 3 bulan untuk penyembuhan awal dan terus makin menguat dalam waktu lebih dari 1 tahun (Sabiston,1995:147).

Kontrasepsi jangka panjang untuk ibu menyusui dan tidak mengandung hormon adalah AKDR atau IUD karena IUD tidak mengganggu produksi ASI dan tidak mengandung hormon yang dapat merubah struktur tubuh (Sarwono, 2009).

Menurut Sarwono (2009), pemasangan IUD dapat dilakukan segera setelah melahirkan 48 jam pertama atau selesai nifas 40 hari. Saat pemasangan ini adalah saat yang terbaik, Ada kepastian pasien tidak sedang hamil dan pada saat ini mulut rahim agak terbuka sehingga lebih mudah dan tidak sakit saat pemasangan.

Bersadarkan dengan teori, penulis menyarankan ibu untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang karena proses penyembuhan luka persalinan secara *sectio caesarea* berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan pervaginam dan akan beresiko apabila terjadi pembuahan yang menyebabkan kehamilan sebelum luka SC benar-benar sembuh. Menurut Syaifuddin (2008), meskipun Ny. S menyusui bayinya yang termasuk ke dalam MAL, MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila ibu menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif apabila di berikan minimal 8 kali sehari, ibu belum mendapatkan haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan, akan lebih efektif jika kombinasikan dengan kontrasepsi lain untuk mencegah kehamilan.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. S mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

1. *Ante natal care*

Asuhan kebidanan *antenatal care* pada Ny. S telah dilaksanakan 3x kunjungan ditemukan masalah pada Ny. S yaitu TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan berlebihan >16 Kg melebihi standar peningkatan BB pada IMT normal. Masalah dapat diatasi dengan memberikan KIE tentang diet nutrisi yang sehat pada kehamilan terutama mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat. Selain itu masalah lain yaitu ketidaknyamanan selama kehamilan trimester ke III seperti rasa sesak, mudah lelah, pusing, kencang-kencang dan sering BAK. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang cara mengurangi atau mengatasi keluhan yang ada.

2. *Intra natal care*

Asuhan kebidanan *intra natal care* pada Ny. S dilakukan pada tanggal 29 April 2017. Proses persalinan Ny. S berlangsung SC karena TBJ USG terakhir pada tanggal 20 April 2017 telah mencapai 3744 gram dan di duga pada saat persalinan nantinya akan mengalami kesulitan. Sehingga Ny. S dilakukan SC atas indikasi *suspect* bayi besar.

3. *Bayi baru lahir*

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir, bayi Ny. S dalam keadaan normal, tidak segera menangis, ketuban meconeal, tonus otot lemah, namun setelah di lakukan tindakan resusitasi, bayi menangis kuat, tidak mengalami asfiksia, dengan nilai *Apgar score* 7/9, dan dengan berat lahir 3800 gram, sehingga dengan berat lahir tersebut bayi Ny. S tidak mengalami BBLR sebagai resiko dari kenaikan berat badan yang berlebihan serta TFU lebih kecil dan tidak sesuai dengan usia kehamilan.

4. *Post Natal Care*

Asuhan kebidanan post natal care pada Ny. S telah dilaksanakan sebanyak 3 kali kunjungan. Selama masa nifas, Ny. S memiliki masalah kurangnya pengetahuan tentang ASI Eksklusif, kebutuhan dasar ibu nifas, teknik menyusui dan posisi menyusui yang benar. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengalaman ibu, dimana ini merupakan kehamilan kedua dan mengandung anak pertama, dengan kehamilan sebelumnya

mengalami abortus, didukung dengan rendahnya tingkat pendidikan ibu dan keluarga, sehingga menyebabkan kurangnya pengetahuan mengenai hal tersebut. Masalah dapat ditangani dengan memberikan KIE tentang ASI Eksklusif dan kebutuhan dasar ibu nifas, mengajarkan teknik menyusui dan posisi menyusui yang benar, mengajarkan bagaimana cara merawat luka bekas operasi dan menganjurkan Ny. S untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

5. Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. M telah dilaksanakan 4 kunjungan dengan melakukan pendekatan menggunakan pendokumentasian SOAP. Neonatus Ny. S dalam keadaan normal, pada minggu pertama tidak mengalami kenaikan berat badan dan pada saat berumur 23 hari mengalami peningkatan BB 450 gram. Masalah yang ada yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi, cara perawatan tali pusat bayi, serta tentang imunisasi dasar bayi. Masalah dapat ditangani dengan diberikannya KIE tentang masalah tersebut.

6. Pelayanan Kontrasepsi

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. S dilaksanakan pada 41 hari post partum dengan memberikan konseling KB. Hasil dari asuhan yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi ,

Ny. S memutuskan untuk berencana menggunakan KB IUD. Walaupun Ny. S akan menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, tetapi Ny. S ingin menggunakan KB IUD sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan karena riwayat persalinan sebelumnya adalah SC. Masalah yang ada saat ini adalah Ny.S belum mengikuti program KB. Sehingga penulis memotivasi Ny. S untuk segera mengikuti KB.

B. SARAN

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan presepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Pasien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonates dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menerapkan asuhan-asuhan yang diberikan untuk kehamilan berikutnya, dapat memperhatikan jarak yang aman untuk

melahirkan kembali. Sehingga diharapkan dapat mengatasi ketidaknyamanan atau masalah selama proses kehamilan selanjutnya yang dapat dilakukan sendiri.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Blankast, Arie. (2008). Mengatasi Keputihan dengan Herbal, <http://gealgeol.com/2008/08/27/agar-keputihan-tak-berulang.html>. di akses 20 Mei 2009
- Bobak, Irene M., Deitra Leonard Lowdermilk., & Margaret Duncan Jensen. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F.G. (2006). Obstetri Williams. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2012). Profil Kesehatan Balikpapan 2012.
- Dewi, V. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita* (1st ed.). Yogyakarta: Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), laporan nasional 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.19.
- Departemen Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), laporan nasional 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2010.
- Fikawati, S. et al., 2012. STATUS GIZI IBU HAMIL DAN BERAT LAHIR BAYI PADA KELOMPOK VEGETARIAN. , 16(1), pp.29–35.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2003. Infeksi Tali pusat dalam Panduan Managemen Masalah Bayi Baru Lahir. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

(Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2003)

JNPK-KR Depkes RI. (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal* (5th ed.). Jakarta: The National Clinic Training Network (JNPK-KR).

JNPK-KR. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR

Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, S. (2009). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.

Kementerian Kesehatan RI, 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*,

Kemenkes RI. (2010b). Standar Pelayanan Kebidanan.

Kemenkes RI. (2013). Pelayanan Antenatal Care.

Kusumawati, (2008). Kehamilan dan persalinan. TUGU PUBLISER. Yogyakarta.

Lockhart A, Saputra L. 2014. *Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Palembang: Binarupa Aksara

Lockhart A, Saputra L. 2014. *Masa Nifas Fisiologis dan patologis*. Manado: Binarupa Aksara

Lockhart A, Saputra L. 2014. *Neonatus Normal dan Patologis*. Palu: Binarupa Aksara

Mansjoer A, et al. 2001. *Kapita Selekta*. Jakarta : Penerbit Media Aesculapius FKUI

- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (M. Ester, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2002). *Ilmu Kebidanan*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2005). *Ilmu Kandungan*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2006). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono prawirohardjo
- Purwantiastuti, (2004). *Penyakit terapi dan obatnya*. Intisari Mediatama.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I: Konsep Dasar asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rochjati, Poedji. (2003). *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press
- Rukiyah, Dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Saifuddin. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

- Saifuddin, A. B. (2010). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sean, (2004). *Infeksi tali pusat*. Diakses dari <http://bascommetro.com/2011/10/infeksi-tali-pusat.html>. diakses tanggal 7 Juli 2017.
- Sumarah, Widyastuti Yani, N. W. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin* (3rd ed.). Yogyakarta: Fitramaya.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009a). *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009b). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sukarni, Icesmi. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Syafrudin, Karningsing, M. (2011a). *Untaian Materi Penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Syafrudin, Karningsing, M. (2011b). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Ibu dan Anak)* (1st ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- Syafrudin, Karningsing, M. (2011c). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. (Jusirman, Ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.

Syafrudin, Karningsing, M. (2011d). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. (Jusirman, Ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.

Timur, D.K.P.K., 2016. Profil Kesehatan Kaltim Tahun 2015.

Varney Helen, Kriebs Jan M, G. C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. (E. Wahyuningsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Walyani, E. S. (2014). *Materi Ajar Kebidanan* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.

Yudianti, I., Sundari, S. & Pratiwi, S.S., 2006. DAN KEJADIAN PREEKLAMSIA-EKLAMSIA. , (77), pp.63–68.